CARMF
Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France

LES ACTES DU COLLOQUE SUR L'IMPREVOYANCE

organisé par la CARMF et le CNOM

Samedi 8 octobre 2005
Palais des Congrès de Paris

SOMMAIRE

Introduction Docteur Gérard MAUDRUX *(Président de la CARMF)* Professeur Jacques ROLAND *(Président du CNOM)*	1 2
Problématique Docteur Yves LEOPOLD *(Vice-président de la CARMF)*	4
La couverture prévoyance de la CARMF Docteur Jean-Luc FRIGUET *(Administrateur de la CARMF)*	8
Le conjoint du médecin libéral Madame Monique TEISSIER *(Administrateur de la CARMF)* Docteur Yves LEOPOLD *(Vice-président de la CARMF)*	13 14
Interventions des associations Madame Catherine DENION *(Présidente de l'ACOMED)* Monsieur Marc TILMAN *(Vice-président de l'ACOMED)* Madame Marie-Christine COLLOT *(Présidente de l'ACOPSANTÉ)* Docteur Jean-Marie COLSON *(Représentant l'AFEM)*	16 16 17 18
Les solutions et évaluations Docteur Jean-Marie COLSON *(Trésorier du CNOM)*	19
Interventions des représentants du CNOM, des Syndicats, des URML et des CDO	25
Interventions Professeur Jacques ROLAND *(Président du CNOM)* Docteur Gérard MAUDRUX *(Président de la CARMF)*	32 33
Discussion **Interventions des représentants des mutuelles**	34
Conclusion Professeur Jacques ROLAND *(Président du CNOM)*	47

La séance est ouverte à 9 h 20 sous la présidence du Docteur Gérard Maudrux, président de la Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France, et du Professeur Jacques Roland, président du Conseil National de l'Ordre des Médecins.

INTRODUCTION

Docteur Gérard MAUDRUX

Président de la CARMF

Bienvenue et merci à tous d'être venus pour ce colloque sur l'imprévoyance, organisé par le CNOM et la CARMF dans le but d'alerter nos confrères sur tous les sujets que vous allez entendre. Henry de Montherlant disait de la France dans ses carnets : *« Ne pas prévoir, ne pas préparer, ne pas avertir ».* Si être prévoyant, c'est être de mauvais Français, soyons-le !

L'assurance est toujours trop chère quand nous n'en avons pas besoin. En revanche, le jour où l'on en a besoin, on s'aperçoit qu'elle n'est pas chère. On devrait être bien placé car on sait très bien qu'en médecine la prévention coûte moins cher que le traitement. Être prévoyant se conjugue aussi bien au passé qu'au présent. On est ou l'on a été prévoyant. En revanche, l'imprévoyance ne se conjugue qu'au passé : on a été imprévoyant. Elle se constate après coup et il n'est pas possible de revenir en arrière. On ne s'assure pas contre l'incendie une fois qu'il a eu lieu.

Dans Andromaque, Pyrrhus répondait à Oreste, qui essayait de le mettre en garde contre Astyanax, qu'il ne savait pas prévoir les malheurs de si loin. Cette imprévoyance lui a été fatale. Il avait pourtant été mis en garde ; c'est cette dernière que nous souhaitons renouveler auprès de nos confrères par cette réunion, en espérant être mieux entendus. Car lorsque cette imprévoyance mène à des situations irrécupérables, sa constatation nous est insupportable.

Nous tenons à remercier ceux qui participent à cette réunion, pour que demain nos confrères cessent de croire que le malheur n'arrive qu'aux autres. Ils sont obligés alors de faire appel à la charité publique. Je pense qu'ils méritent mieux que cela.

Remercions le Conseil National et les Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins avec qui nous déplorons de passer trop de temps dans nos diverses commissions à rattraper des situations impossibles, souvent évitables et d'avoir à tricher par confraternité, pour ne pas dire par pitié parfois, avec des lois dures pour les imprévoyants.

Remercions ceux qui s'investissent dans les différentes commissions d'entraide, les commissions d'action sociale, avec beaucoup de dévouement. Ils sont presque tous ici, souvent avec une double appartenance en dehors et au sein de la CARMF et ainsi plus efficaces. Je remercie en particulier les docteurs Jean-Marie Colson et Yves Léopold, sans qui cette réunion n'aurait peut-être pas eu lieu.

Remercions toutes les associations, les compagnies d'assurance, les mutuelles, les unions régionales des médecins libéraux, tous ceux qui poussent à développer et à faire connaître les outils de la prévention et leur nécessité. Je suis désolé que seuls les syndicats, hormis la FMF et Alliance ici présents, s'en désintéressent.

Je vous signale que ni la CARMF ni l'Ordre des Médecins ne sont à l'origine des caisses maladie ou des caisses de prévoyance et pourtant ils s'en occupent. Je les remercie tous au nom des confrères prévoyants ou imprévoyants. Merci. *(Applaudissements).*

Professeur Jacques ROLAND

Président du Conseil National de l'Ordre des Médecins

Monsieur le Président, je voudrais vous remercier car, certes cette journée est le fruit d'une collaboration, mais c'est vous qui avez ouvert les portes et provoqué cette réunion. Et je dois dire que nous devons tous nous en féliciter.

Sympathie, empathie, compassion forment l'élan de la plupart des médecins envers leurs patients. On sait aussi que ces mots, cet élan, doivent être ordonnés par quelque chose, par la raison. La passion ne peut l'emporter.

Cette raison doit s'appliquer aussi bien à la vie professionnelle qu'à la vie personnelle du médecin qui a parfois tendance à l'oublier. Cette vie professionnelle prenante ne doit donc pas l'emporter sur la vie personnelle. On arrive à ce moment-là à un déséquilibre qui va provoquer chez certains l'enfoncement dans des situations qui leur apparaissent comme inextricables et qui finissent par le devenir réellement.

Deux solidarités vont pouvoir ainsi s'établir. La première est celle de la société naturellement, mais aussi et surtout celle de ses pairs. C'est pourquoi l'Ordre des Médecins, dès l'origine, en 1947, a été chargé de cette mission d'entraide. Il n'est pas tout seul heureusement. Quoi qu'il en soit, dans le code de la santé publique, tout le fonctionnement de l'Ordre des Médecins est vécu sous forme de décrets en Conseil d'Etat, qui forment ensuite ce code de santé publique. Les articles 42-21-2 et 42-22-2 demandent d'organiser l'entraide. C'est pourquoi la Commission Nationale d'Entraide a été fondée.

Cette commission dispose d'un budget qui va venir de l'ensemble des inscrits au Conseil de l'Ordre (trois euros de la cotisation ordinale sont affectés à l'entraide) et d'un certain nombre de dons qui, en général, ne sont pas très élevés mais dont l'accumulation nous permet des actions très importantes. On voit donc que cette solidarité est organisée et gérée par des professionnels à l'usage de tous ses membres. Là encore, la vertu, dans le cadre de l'Ordre des Médecins, est que ces actions coiffent tous les médecins, toute la profession médicale, que ce soit les libéraux, mais aussi les salariés et les hospitaliers.

Cette solidarité n'est pas seulement pour les médecins eux-mêmes mais aussi pour leur famille qui, souvent, en ont bien besoin. Nous sommes tout à fait dans la prolongation du serment d'Hippocrate.

Les évolutions de la société, les modes de vie, les changements de comportement, les modalités d'exercice, les revenus des médecins se modifient considérablement. Devant ces nouveaux types de difficultés, il y a de nouveaux types d'entraide. Quoi qu'il en soit, le docteur Léon et le docteur Colson vous le répéteront, on se retrouve devant des situations qui peuvent être dramatiques, souvent dues à des problèmes de santé (psychiatriques, toxicomanie, alcoolisme, accidents de traumatologie avec décès), à des problèmes sociaux, familiaux avec les difficultés liées au divorce et leurs corollaires (abandon de famille, pensions non reversées, etc.), voire à des problèmes qui tiennent au caractère même de la personne, c'est-à-dire l'imprévoyance.

Ne jamais supposer qu'il puisse se passer quelque chose, donc ne pas souscrire aux garanties, relève aussi d'une incapacité totale à la gestion. Combien voit-on de gens qui se surendettent ?

Quand on parle de surendettement aux actualités télévisées, on ne pense pas aux médecins et pourtant certains tombent dans ces défauts. Le fait de ne pas régler ses cotisations à la CARMF, au CNOM ou à l'URSSAF, etc., provoque des situations intenables, en particulier pour les familles, puisque les conjoints sont solidaires de la dette.

Cette énumération n'est pas exhaustive, mais prête à réflexion. Le Fonds d'Action Sociale de la CARMF fait le même constat. La commission nationale d'entraide se manifeste naturellement par une aide financière.

Pour l'Ordre des médecins, il ne s'agit pas uniquement d'une aide financière, mais aussi de ce que doit apporter l'Ordre dans l'information destinée à faire prévoir. C'est le rôle capital des conseils départementaux et de leurs élus. Je crois qu'il faut insister sur ce point auprès des membres présents dans cette salle : c'est un rôle fondamental.

En effet, la première prévention est d'accueillir le jeune qui va s'inscrire. Lors de cette rencontre entre l'ancien, *« le parrain »* qui va accueillir ce *« filleul »* se lançant dans notre profession, doit lui faire passer un certain nombre de messages qui ne doivent pas être de morosité mais des messages proactifs. Ces messages doivent porter sur l'organisation de la vie. Le conseil de l'ancien est de dire au jeune de souscrire à telle ou telle assurance contre les accidents de la vie et à tout ce qui lui permettra en cas de maladie de recevoir des rétributions journalières.

Quoi qu'il en soit, ce message n'est pas souvent bien écouté. Il est bien perçu au sens où l'on écoute avec respect la personne qui accueille mais, en même temps, la pertinence n'est pas comprise par un jeune qui voit autre chose au début du métier, que de prévoir ce genre de situation.

Cela veut dire que, non seulement on doit faire passer aussi ce message le plus sérieusement, le plus complètement possible, mais penser aussi, comme tous les pédagogues, qu'il faut répéter ce message. Dans la prévention le conseiller doit surtout être conscient du fait qu'il doit repérer ensuite ceux qui donnent des signes d'alerte, ceux qui ont du mal à payer leurs cotisations. Au lieu de les considérer comme de mauvais payeurs, peut-être faut-il penser d'abord à une difficulté personnelle sur laquelle il convient de se pencher.

Naturellement, il s'agit d'aborder ce problème humainement ; il ne s'agit pas de quelqu'un qui doit quelque chose, mais à qui on doit peut-être quelque chose, c'est-à-dire cette aide supplémentaire. Cette forme de relation est tout à fait naturelle dans le domaine de la solidarité. Comment poursuivre cette solidarité ? Comment préparer tous ensemble les retraites ? Comment mieux représenter les confrères ? Ce sont autant de questions que nous allons traiter ensemble aujourd'hui.

C'est la raison pour laquelle la CARMF et le CNOM travaillent ensemble en étroite liaison. Je me plais à associer aussi l'AFEM, dont le docteur Colson nous dira quelques mots au cours de son intervention, et naturellement la branche entraide de l'AGMF qui nous accompagne dans cette belle oeuvre.

Voilà, chers amis, les quelques mots que je voulais vous dire à l'aube de cette journée. Elle est très importante parce que nous y trouvons tout notre sens.

En effet, être solidaire, c'est vraiment revenir à cette collectivité : au moment où le médecin ne pense plus à lui-même, nous devons tous penser à lui dans ses difficultés. C'est ce qui nous réunit. Merci. *(Applaudissements)*.

PROBLÉMATIQUE

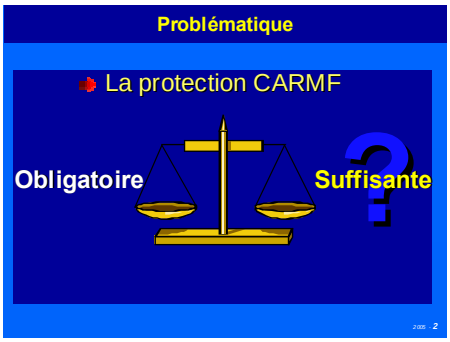
Docteur Yves LÉOPOLD

Vice-président de la CARMF

Mesdames, Messieurs.

Traitement et prévention sont les deux flancs de l'activité médicale. L'activité au sein des Fonds d'Action Sociale montre qu'en matière de prévention pour lui-même et sa famille, le médecin est souvent défaillant.

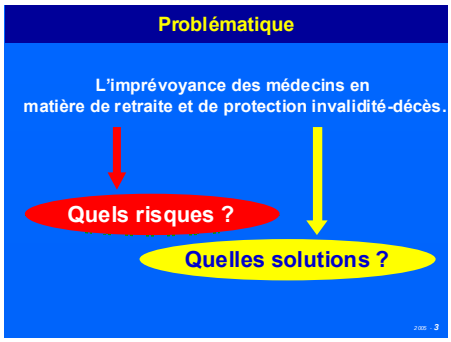
Le but de cette journée est de faire prendre conscience de ce problème, de vous inciter, vous syndicalistes, membres des Unions, conseillers ordinaux, délégués de la CARMF et vous journalistes, à communiquer le plus possible sur ce problème et à avertir nos confrères des dangers qui peuvent les atteindre.



Si un message devait être retenu aujourd'hui, c'est celui-ci : la CARMF est une institution obligatoire, nécessaire, mais pas toujours suffisante.

Ce que nous allons vous présenter aujourd'hui ressemble à une série d'histoires de chasse. Ce sont des cas réels, anonymes, qui recoupent tous les cas d'imprévoyance que nous pouvons rencontrer dans l'activité des Fonds d'Action Sociale.

Chacun de ces cas montre le problème, les solutions que l'on peut ou non apporter au sein de ces Fonds d'Action Sociale.


Problématique
L'imprévoyance des médecins en matière de retraite et de protection invalidité-décès.
Quels risques ?
Quelles solutions ?

Les degrés de l'imprévoyance
1
Imprévoyance totale
Médecin non à jour au moment de la maladie, du décès ou de la retraite.
2
Imprévoyance relative
Médecin à jour mais retraite ou couverture invalidité insuffisantes eu égard aux besoins réels.
3
Imprévoyance technique
Le retard de déclaration.

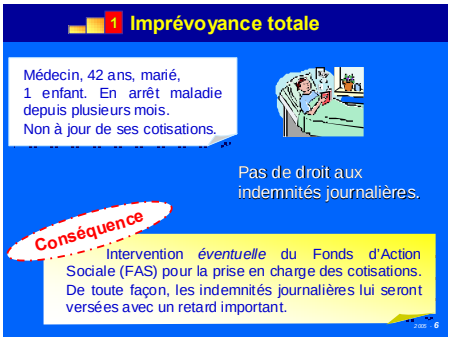
Le problème se déclinera sur trois étages, avec un triste podium au sommet duquel on retrouvera ceux qui n'ont pas payé leurs cotisations, ne sont pas à jour et sont donc sans couverture.

Le deuxième étage d'imprévoyance dite relative. Le médecin est à jour, c'est un bon cotisant, mais il n'a pas évalué ses besoins. Il va se retrouver en difficulté car ses besoins dépasseront les prestations de la CARMF.

Un troisième étage, moins important mais très fréquent et handicapant pour le médecin, est constitué par ses retards de déclaration d'accident ou de maladies qui font que le délai de carence sera prolongé d'autant.

L'imprévoyance totale : c'est par exemple le cas de ce jeune médecin qui n'est pas à jour de ses cotisations, expose ses enfants, sa famille, son épouse à l'absence d'indemnités journalières.

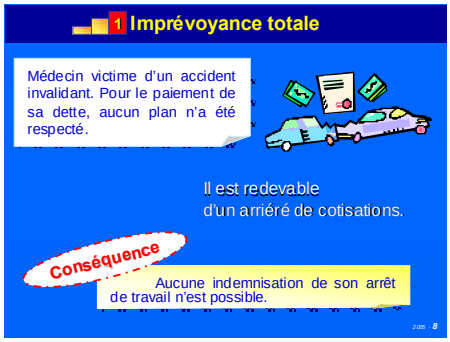
Peut-être que le Fonds d'Action Sociale -ce n'est pas automatique- au vu d'une enquête, pourra intervenir et prendre en charge l'arriéré de cotisations. Le temps que ce dossier soit fait, les indemnités journalières lui seront versées avec un retard qui sera un trou supplémentaire dans le budget de ce médecin.

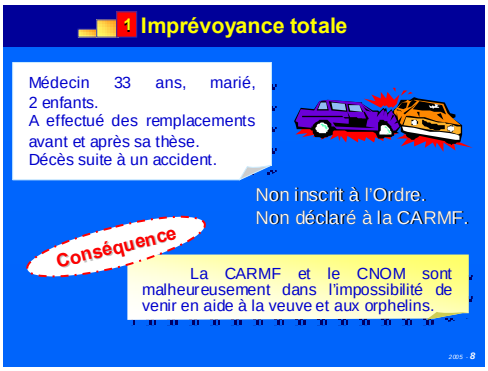

1 Imprévoyance totale
Médecin, 42 ans, marié,
1 enfant. En arrêt maladie depuis plusieurs mois.
Non à jour de ses cotisations.
Pas de droit aux indemnités journalières.
Conséquence
Intervention *éventuelle* du Fonds d'Action Sociale (FAS) pour la prise en charge des cotisations. De toute façon, les indemnités journalières lui seront versées avec un retard important.
2005 - 6

1 Imprévoyance totale
Médecin marié, 4 jeunes enfants. Décès après rupture d'anévrysme.
Pas à jour de ses cotisations depuis 10 ans.
Pas de droit au capital décès ni aux rentes temporaires, la dette n'ayant pu être réglée dans l'année qui suit le décès.
Conséquence
Pas de régularisation possible.
Aide « alimentaire » des FAS du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM), de la CARMF et de l'AFEM pour les enfants et la veuve. Plus tard, la pension de réversion ne pourra porter que sur le régime de Base.
2005 - 7

Le cas suivant est celui d'un père de quatre enfants qui a oublié ou refusé - pour une raison lui appartenant, parfois par conviction ou par défiance vis-à-vis de la caisse de retraite - de payer ses cotisations pendant des années et se retrouve dans une situation lui interdisant l'aide du FAS autrement que dans une démarche alimentaire. On ne peut pas régulariser un compte excessivement déficitaire où les sommes dues sont considérables. C'est donc une aide alimentaire qui sera donnée.

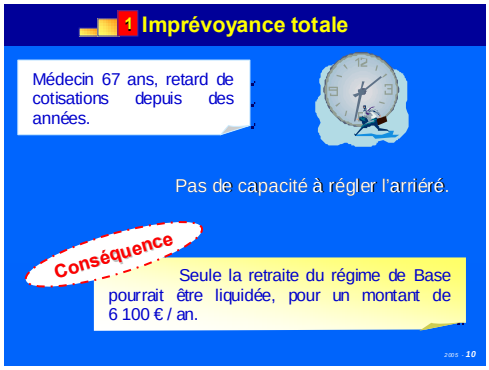
Dans le cas évoqué ici, les tentatives de régularisation ont été faites. La CARMF a proposé un échéancier. Malheureusement, il n'est pas toujours respecté. Dans ce cas, il n'y a pas de possibilité d'intervenir pour la Caisse autrement que par le FAS quand cela s'avère possible. En effet, le Fonds d'Action Sociale va intervenir sur ce dossier social et économique qui tient compte des biens et qui lui-même, interdira l'action du Fonds d'Action Sociale parce que les biens, certes immobilisés, sont trop importants et obligeront à des ventes de biens personnels pour aboutir à des situations difficilement récupérables dans le futur.


1 Imprévoyance totale
Médecin victime d'un accident invalidant. Pour le paiement de sa dette, aucun plan n'a été respecté.
Il est redevable d'un arriéré de cotisations.
Conséquence
Aucune indemnisation de son arrêt de travail n'est possible.
2005 - 8

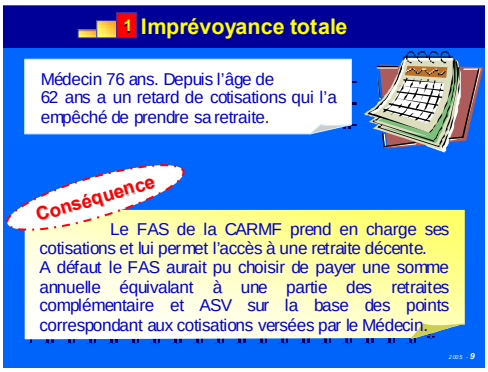

1 Imprévoyance totale
Médecin 33 ans, marié, 2 enfants.
A effectué des remplacements avant et après sa thèse.
Décès suite à un accident.
Non inscrit à l'Ordre.
Non déclaré à la CARMF.
Conséquence
La CARMF et le CNOM sont malheureusement dans l'impossibilité de venir en aide à la veuve et aux orphelins.
2005 - 8

Dans le cas exposé ici, il s'agit d'un médecin qui n'est déclaré ni au CNOM, ni à la CARMF et qui continuait à faire des remplacements. Brusquement, c'est l'accident, il décède. Statutairement, le CNOM ni la CARMF ne peuvent intervenir. On peut imaginer la détresse de cette famille qui se sent abandonnée de la communauté médicale, mais nous ne pouvons que respecter les statuts.

On peut aussi se retrouver en difficulté hors de toute maladie, de tout accident. A l'âge de la retraite depuis deux ans, ce médecin n'a pas la capacité à régler l'arriéré de cotisations. Il ne pourra pas prendre sa retraite, sauf au régime de base, ce qui est une part relativement faible de sa retraite. Il sera contraint soit de bénéficier de cette retraite de base et de revenus très faibles, soit de continuer à travailler pendant des années.


1 Imprévoyance totale
Médecin 67 ans, retard de cotisations depuis des années.
Pas de capacité à régler l'arriéré.
Conséquence
Seule la retraite du régime de Base pourrait être liquidée, pour un montant de 6 100 € / an.

Ce médecin de 76 ans -on n'a pas mis les cas les plus dramatiques- a un tel retard qu'il ne peut pas s'arrêter et est obligé de continuer à travailler.


1 Imprévoyance totale
Médecin 76 ans. Depuis l'âge de 62 ans a un retard de cotisations qui l'a empêché de prendre sa retraite.
Conséquence
Le FAS de la CARMF prend en charge ses cotisations et lui permet l'accès à une retraite décente.
A défaut le FAS aurait pu choisir de payer une somme annuelle équivalant à une partie des retraites complémentaire et ASV sur la base des points correspondant aux cotisations versées par le Médecin.

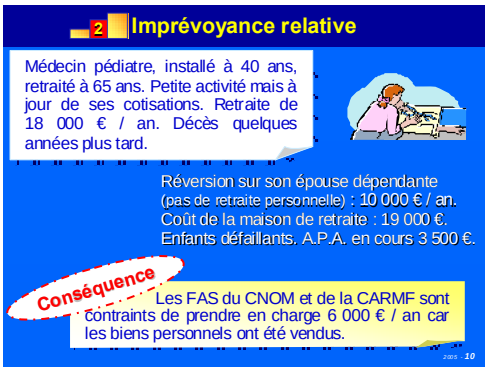
Dans ces cas là, on essaie d'intervenir autant que possible, de prendre cet arriéré de cotisations, de lui permettre une retraite décente, bien que tardive, sur la base des points acquis.

Quand on régularise les retards de cotisations, on arrive, soit par des avances ou des dons, à régulariser et à permettre à des médecins, qui vont jusqu'à des âges bien plus avancés encore, de prendre leur retraite.

Nous sommes au deuxième échelon : une imprévoyance relative.

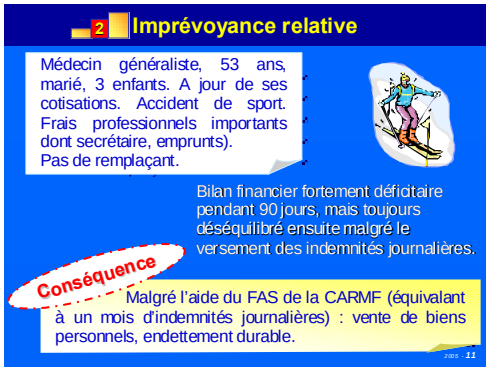
Un médecin réfractaire à la CARMF a accepté un plan d'apurement de ses dettes et un échéancier. Heureusement, il l'avait bien observé car deux ou trois ans après, il tombe malade et la CARMF a pu intervenir, bien que la dette ne soit pas complètement réglée. Nous avons une jurisprudence qui nous permet d'intervenir, dans la mesure où le plan d'apurement était respecté jusque-là. Encore faut-il que ce plan d'apurement commence avant la date de la maladie.

2 Imprévoyance relative
Médecin réfractaire à la CARMF depuis 15 ans doit des sommes considérables mais respecte un échéancier.
Il tombe gravement malade.
La dette subsiste mais l'échéancier est respecté.
Conséquence
Bien que le compte ne soit pas soldé, les indemnités journalières peuvent être versées.
Le FAS de la CARMF l'aide par ailleurs à solder sa dette par une avance remboursable.


2 Imprévoyance relative
Médecin pédiatre, installé à 40 ans, retraité à 65 ans. Petite activité mais à jour de ses cotisations. Retraite de 18 000 € / an. Décès quelques années plus tard.
Réversion sur son épouse dépendante (pas de retraite personnelle) : 10 000 € / an.
Coût de la maison de retraite : 19 000 €.
Enfants défaillants. A.P.A. en cours 3 500 €.
Conséquence
Les FAS du CNOM et de la CARMF sont contraints de prendre en charge 6 000 € / an car les biens personnels ont été vendus.

La veuve du médecin suivant n'a pas la même capacité à résoudre ce problème, puisque ce médecin, avec une petite activité, installé tard a eu peu de cotisations. Il a été à jour, a une retraite peu élevée. Quand la réversion arrive, celle-ci est encore plus faible. L'épouse se retrouve en difficultés, elle a besoin d'une aide-ménagère, d'une assistance de vie et aura besoin de l'aide du Fonds d'Action Sociale, car son budget ne pourra pas être bouclé. Il n'y a pas de biens personnels à vendre. L'allocation personnalisée d'autonomie ne permet pas toujours de combler le déficit budgétaire.

Bien plus tôt dans la vie professionnelle, c'est l'absence d'évaluation des besoins réels qui pose problème. Il s'agit d'un généraliste de 53 ans, en pleine activité, qui est à jour de ses cotisations. Il sera en difficulté avec des frais professionnels importants, une secrétaire, des emprunts pas toujours couverts par des assurances.


2 Imprévoyance relative
Médecin généraliste, 53 ans, marié, 3 enfants. A jour de ses cotisations. Accident de sport. Frais professionnels importants dont secrétaire, emprunts). Pas de remplaçant.
Bilan financier fortement déficitaire pendant 90 jours, mais toujours déséquilibré ensuite malgré le versement des indemnités journalières.
Conséquence
Malgré l'aide du FAS de la CARMF (équivalant à un mois d'indemnités journalières) : vente de biens personnels, endettement durable.

A 53 ans, on n'envisage pas d'être malade ou encore moins accidenté. Il y a un délai de carence de quatre-vingt-dix jours qui va ouvrir une brèche considérable dans son budget.

Au-delà, parce qu'il a beaucoup d'enfants et de nombreux frais, le budget va rester constamment déficitaire et le Fonds d'Action Sociale ne suffira pas à éviter la vente des biens personnels.

3 Imprévoyance technique
Médecin à jour, déclare sa prochaine opération mais n'a pas déclaré son premier arrêt de travail (deux mois) pour la même pathologie grave.
Conséquence
Seul le deuxième arrêt est indemnisé à partir du 91e jour.
Il aurait pu être indemnisé dès le 31e jour du second arrêt de travail, puisque les deux arrêts relèvent de la même pathologie.

Voici le dernier étage de cette imprévoyance. Un médecin à jour oublie de déclarer sa maladie parce que cela lui paraît bénin a priori. Il pense pouvoir reprendre son activité assez vite. Il la reprend au bout de deux mois, retombe malade deux ou trois mois après. On est obligé d'attendre à nouveau le délai de quatre-vingt-dix jours puisqu'il n'y a pas eu de déclaration lors du premier épisode.

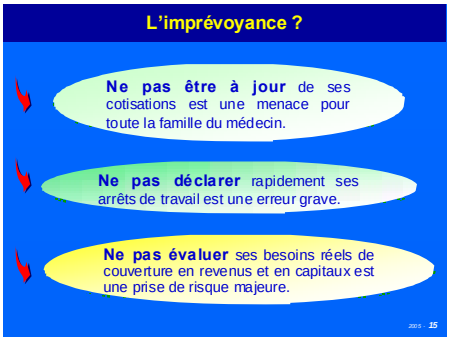
Cela lui aura valu de perdre deux mois d'indemnités journalières, ce qui, à côté de la maladie, aggravera son problème budgétaire.

Autre message que nous voulons faire passer :

Ne pas être à jour de ses cotisations est une menace pour la famille des médecins.

Ne pas déclarer rapidement ses arrêts de travail est une faute grave. Ne pas évaluer ses besoins est une prise de risque majeur.

C'est le deuxième message important que nous voulons vous faire passer et que nous aimerions vous voir diffuser auprès de nos collègues.


L'imprévoyance ?
Ne pas être à jour de ses cotisations est une menace pour toute la famille du médecin.
Ne pas déclarer rapidement ses arrêts de travail est une erreur grave.
Ne pas évaluer ses besoins réels de couverture en revenus et en capitaux est une prise de risque majeure.

Le docteur Friguet va vous donner dans le détail la couverture prévoyance de la CARMF. *(Applaudissements).*

LA COUVERTURE PRÉVOYANCE DE LA CARMF

Docteur Jean-Luc FRIGUET

Administrateur de la CARMF

Messieurs les présidents, mes chers confrères, mesdames et messieurs.

S'il fallait, de manière lapidaire et d'emblée, formuler ce que doivent être les enseignements de cette matinée, nous pourrions tout d'abord affirmer que la prévoyance n'est pas la providence et qu'il ne s'agit jamais pour le médecin libéral d'assimiler les couvertures de la solidarité professionnelle à une protection céleste qui le mettrait définitivement à l'abri de tous les aléas.

Nos organisations représentent l'institutionnalisation de la solidarité de la profession.

Vous le savez, le président Roland l'a rappelé, la vie du médecin doit privilégier son exercice et donc la qualité des soins qu'il prodigue au patient, mais aussi la protection de sa famille.

Le souci est donc double et nous devons veiller à la gestion d'un patrimoine qui est le nôtre et celui de nos familles.

La caisse de retraite représente une partie de cette institutionnalisation de la solidarité professionnelle. Elle gère donc en son sein un régime de prévoyance.

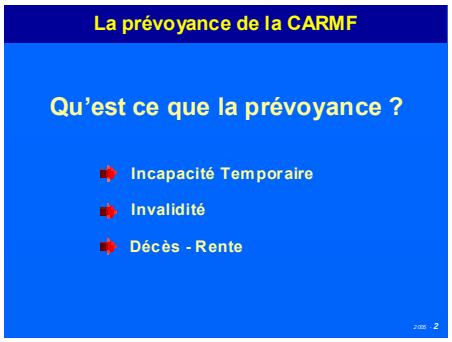
Cette prévoyance est nécessaire mais n'exclut surtout pas de développer ailleurs d'autres investissements et d'autres garanties.

C'est notre responsabilité de médecin, de chef de famille, d'époux et d'épouse, de père ou de mère, qui doit là encore s'exercer.

Mais s'il faut parler de la prévoyance de la CARMF, il faut donc tenter de répondre à trois questions et définir un mode d'emploi.

Trois questions, c'est-à-dire :

- qu'est-ce que la prévoyance ? Quel est le champ d'intervention de la CARMF ? Quel est le domaine des prestations ?
- A quel prix ? Combien cela coûte-t-il ?
- Pour qui ? Quels doivent être les bénéficiaires ?



Il y a donc trois garanties et trois prestations potentielles :

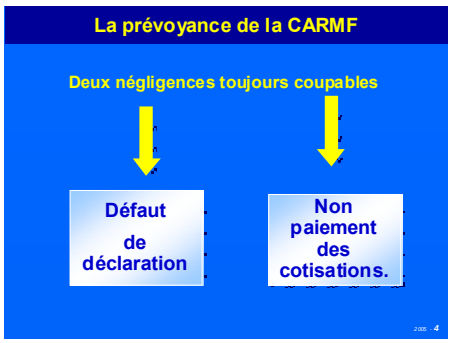
- l'incapacité temporaire,

- l'invalidité,

- le décès.

Ce sont les trois éléments qui peuvent toucher la période d'exercice du médecin libéral, comme la vie professionnelle de tout individu. Il y aura pour cela une cotisation unique.

Il ne faut pas délibérément se nourrir d'angélisme et penser une fois de plus que le parapluie de la CARMF sera suffisant. Il faut que chacun optimisme ses garanties.

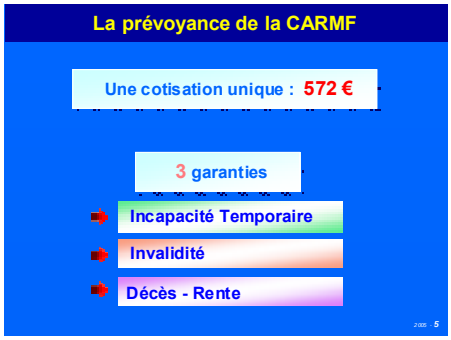


Il faut surtout se défier de deux négligences toujours coupables et pénalisantes : le défaut de déclaration de son exercice, le défaut de déclaration de ses maladies et de ses incapacités dont le délai imparti est pourtant de deux mois, ou le défaut de paiement de ses cotisations. On ne peut pas se prévaloir d'un régime de solidarité auquel on n'a pas participé ! Il faut penser à chaque instant que nous engageons toujours et encore notre responsabilité avec ces deux démarches.

La prévoyance de la CARMF est un minimum nécessaire, certes réévalué, mais il existe d'autres garanties qu'il faut savoir aborder :

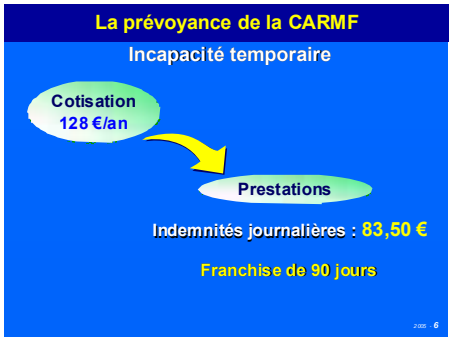
- quand vous savez que les indemnités journalières ne débutent qu'au 90ème jour d'incapacité ;
- quand l'interruption de l'exercice engendre des frais fixes et des pertes d'exploitation.

C'est à chacun d'entre nous d'avoir des garanties pertes d'exploitation et d'indemnités journalières bien avant et en complément.



La cotisation prévoyance de la CARMF est unique. Elle est de 572 € par an. Les garanties sont triples :

- l'incapacité est toujours temporaire ;
- l'invalidité est définitive ;
- le décès aussi. Une rente découle du décès si le conjoint à moins de 60 ans lorsque le médecin décédé était cotisant et à jour de ses cotisations ou bénéficiaire de la pension d'invalidité ou de l'allocation de remplacement de revenu ou retraité.



L'incapacité temporaire, pour maladie ou accident, représente une cotisation de 128 € par an.

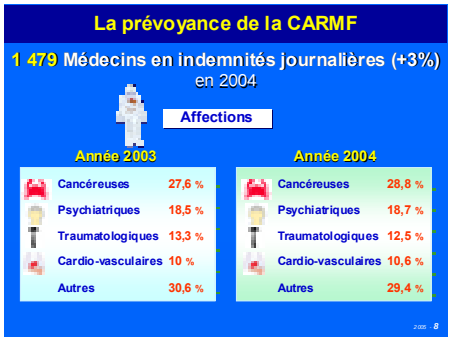
C'est une prestation d'indemnités journalières de 83,50 € par jour avec franchise de 90 jours.

Mais vous savez qu'en cas de rechute de la même affection, dans un délai inférieur à un an, la franchise se calcule en cumulant les différentes séquences d'arrêt.

La prestation de l'indemnité journalière est soumise à trois conditions.

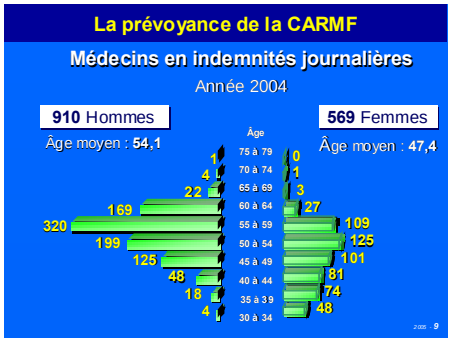
L'empêchement d'exercice doit être temporaire. Il faut être à jour de ses cotisations. C'est aussi une déclaration d'arrêt qui doit être effectuée avant la fin du deuxième mois suivant l'interruption. Il faut savoir qu'il faut justifier de huit trimestres d'affiliation à un régime obligatoire si la maladie ou l'accident était antérieur à l'affiliation à la CARMF.

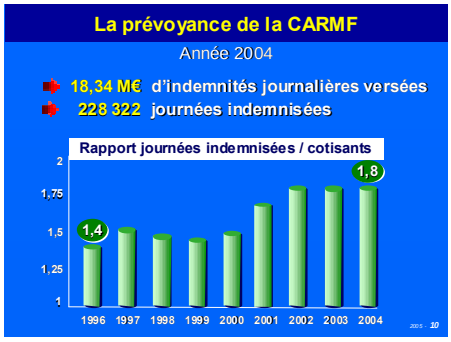
La prévoyance de la CARMF
Indemnités journalières
CONDITIONS
Empêchement professionnel temporaire
Déclaration avant la fin du 2e mois d'arrêt de travail
Cotisations à jour.

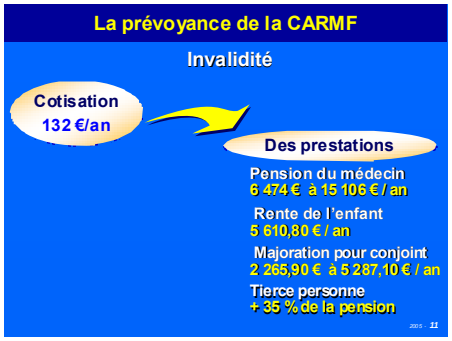


Il y a aujourd'hui 1 479 médecins qui perçoivent des indemnités journalières, soit 3 % de plus en 2004 qu'en 2003. L'âge moyen est de 51,6 ans. C'est la conséquence de l'importance de la cohorte des quinquagénaires de la médecine française. Les causes d'incapacité varient dans leur distribution avec une prédominance de la pathologie tumorale et des troubles psychiatriques.

La féminisation de notre profession a un certain prix. En matière d'incapacité, nos consoeurs touchent 2,3 indemnités journalières contre 1,6 pour les hommes. Si elles représentent 28 % des effectifs, elles touchent cependant 36 % des prestations. C'est sans doute lié à leur parcours. On verra qu'en matière d'invalidité, il y a par contre une parfaite égalité des sexes.
Le budget de l'incapacité est de 18,34 M€, soit 228 322 journées indemnisées, avec un rapport par cotisant qui va croissant. En moins de dix ans, il est passé de 1,4 à 1,8.


La prévoyance de la CARMF
Médecins en indemnités journalières
Année 2004
910 Hommes
Âge moyen : 54,1
569 Femmes
Âge moyen : 47,4
Âge
75 à 79 1 0
70 à 74 4 1
65 à 69 22 3
60 à 64 169 27
55 à 59 320 109
50 à 54 199 125
45 à 49 125 101
40 à 44 48 81
35 à 39 18 74
30 à 34 4 48



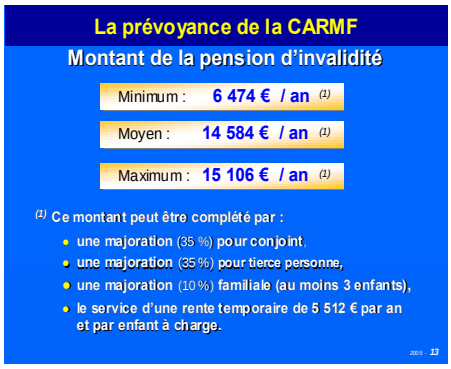

La prévoyance de la CARMF
Invalidité
Cotisation 132 €/an
Des prestations
Pension du médecin 6 474 € à 15 106 € / an
Rente de l'enfant 5 610,80 € / an
Majoration pour conjoint 2 265,90 € à 5 287,10 € / an
Tierce personne + 35 % de la pension

L'invalidité, c'est une cotisation de 132 € par an et des prestations.

Ces prestations sont une pension pour le médecin qui varie entre 6 474 € à 15 106 € par an, une rente de 5 610 € par enfant et une majoration pour le conjoint à charge ou quand il y a recours à une tierce personne.

Ces prestations multiples sont, là encore, soumises à conditions :

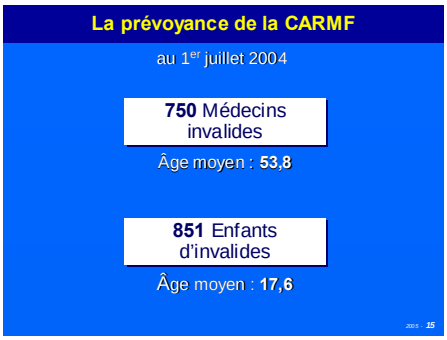
- Il faut être âgé de moins de 60 ans ;
- il faut être à jour de ses cotisations ;
- Il faut être reconnu absolument incapable d'exercer sa profession, c'est-à-dire celle de médecin.

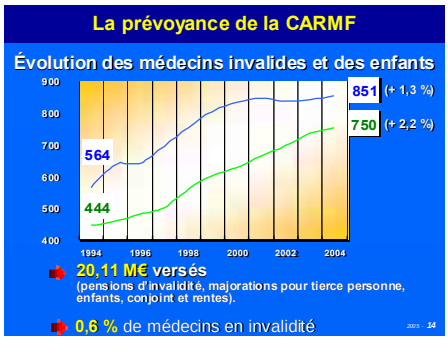

La prévoyance de la CARMF
Montant de la pension d'invalidité
Minimum : 6 474 € / an (1)
Moyen : 14 584 € / an (1)
Maximum : 15 106 € / an (1)
(1) Ce montant peut être complété par :
une majoration (35 %) pour conjoint,
une majoration (35 %) pour tierce personne,
une majoration (10 %) familiale (au moins 3 enfants),
le service d'une rente temporaire de 5 512 € par an et par enfant à charge.

La prestation peut être minimale ou maximale. Les différents cas de figure varient suivant le degré d'invalidité et/ou la géographie de la structure familiale du médecin invalide.

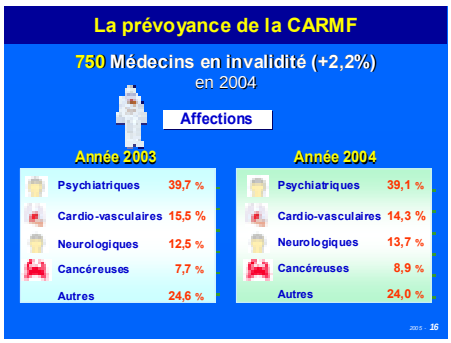
Aujourd'hui, ce sont plus 20 M€ de prestations versés par an pour 750 médecins et 851 enfants. Le nombre de médecins invalides a presque doublé en vingt ans.

Avec 0,6 % d'invalides, la profession médicale se situe dans la moyenne.





Les auxiliaires médicaux et les pharmaciens ont entre deux à trois fois plus d'invalides que nous. En revanche, les architectes en ont trois fois moins !



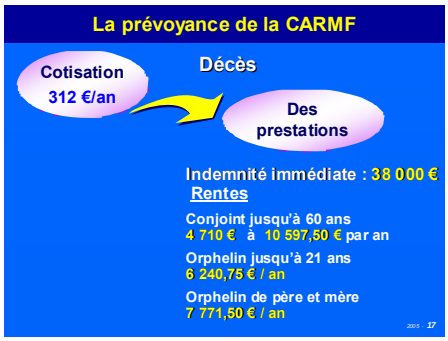
Quelles sont les causes de ces invalidités :

- la pathologie neurologique et psychiatrique dépasse les 50 %.

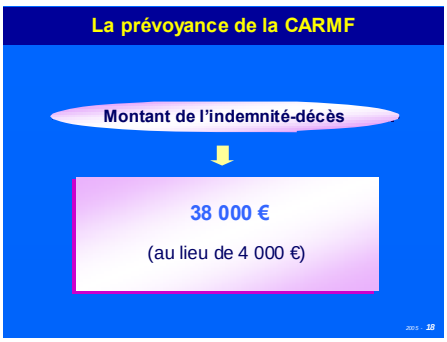
La prévoyance, c'est aussi la garantie décès et le décès peut encore faire partie du parcours professionnel du médecin.

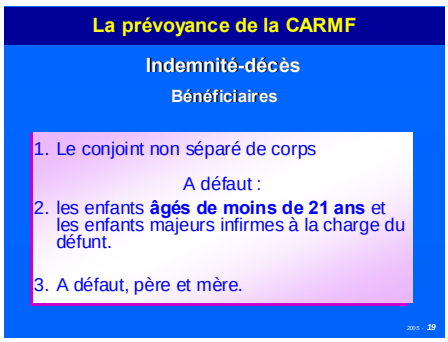
La cotisation est de 312 € par an. Les prestations seront un capital décès et différentes rentes.

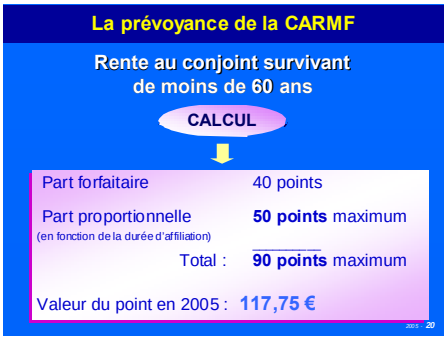
Le capital décès a été porté à 38 000 € cette année, décision que souhaitait depuis longtemps le conseil d'administration.



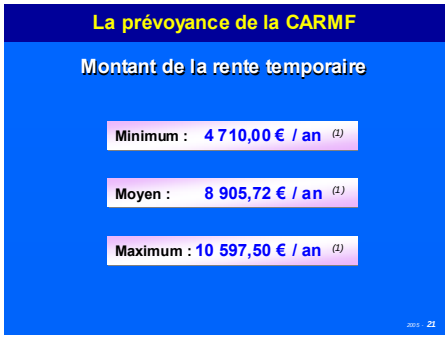
Ce capital décès peut être versé au conjoint s'il n'est pas séparé de corps, aux orphelins mineurs, ou majeurs lorsqu'ils sont infirmes et à charge, à défaut, aux autres héritiers légaux, limités cependant au père et à la mère du médecin s'ils étaient à la charge du médecin défunt.



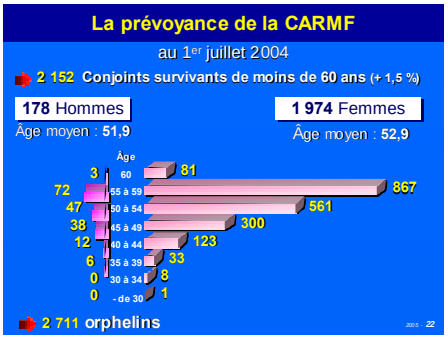

La prévoyance de la CARMF
Indemnité-décès
Bénéficiaires
1. Le conjoint non séparé de corps
A défaut :
2. les enfants âgés de moins de 21 ans et les enfants majeurs infirmes à la charge du défunt.
3. A défaut, père et mère.


La prévoyance de la CARMF
Rente au conjoint survivant de moins de 60 ans
CALCUL
Part forfaitaire 40 points
Part proportionnelle 50 points maximum
(en fonction de la durée d'affiliation)
Total : 90 points maximum
Valeur du point en 2005 : 117,75 €

La rente du conjoint survivant de moins de 60 ans, ou rente temporaire, comprend une part forfaitaire de quarante points et une part proportionnelle. La valeur du point a été revalorisée en 2005 à 117,75 €.



La rente temporaire est donc de près de 9 000 € par an en moyenne et peut faire l'objet d'une majoration familiale de 10 % pour trois enfants à charge. Elle est complétée par la rente d'éducation de 6 042,75 € par an par enfant.


La prévoyance de la CARMF
au 1er juillet 2004
2 152 Conjoints survivants de moins de 60 ans (+ 1,5 %)
178 Hommes
Âge moyen : 51,9
1 974 Femmes
Âge moyen : 52,9
Âge
3 60 81
72 55 à 59 867
47 50 à 54 561
38 45 à 49 300
12 40 à 44 123
6 35 à 39 33
0 30 à 34 8
0 - de 30 1
2 711 orphelins

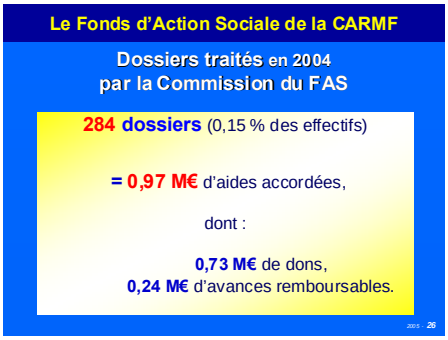
Le régime décès concerne aujourd'hui 2 152 conjoints survivants de moins de 60 ans, dont 1 974 femmes. Il y a très peu de veufs. Il y a 2 711 orphelins (chiffre en progression de près de 3,7 % l'an passé).

Messieurs les présidents, mes chers confrères, je vous ai donc esquissé la prévoyance de la CARMF. Elle est une garantie pour le médecin libéral et sa famille. Sachez que les administrateurs de la CARMF veillent particulièrement sur ce régime. *(Applaudissements).*

Le Fonds d'Action Sociale de la CARMF et la Caisse d'Entraide de l'Ordre des Médecins sont-ils ce parachute dont nous sommes dotés par notre simple inscription aux organismes, même et surtout quand nous ne versons pas nos cotisations ?

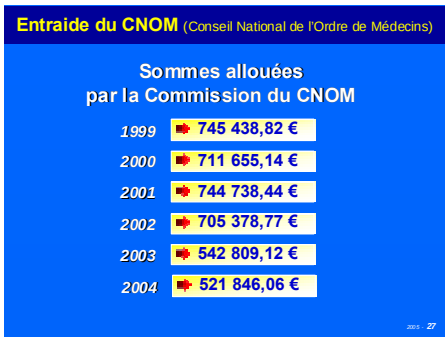
Cela nous permet-il de nous moquer des Tsunami et des Katerina ? On sait que les sinistres et les séismes sont parfois de moindre amplitude et beaucoup plus proches.

En 2004, 284 dossiers ont été traités par la commission du Fonds d'Action Sociale de la CARMF. Cela représente 0,15 % des effectifs, ce qui est marginal. Mais le budget est de 970 000 €.


Le Fonds d'Action Sociale de la CARMF
Dossiers traités en 2004
par la Commission du FAS
284 dossiers (0,15 % des effectifs)
= 0,97 M€ d'aides accordées,
dont :
0,73 M€ de dons,
0,24 M€ d'avances remboursables.

Il faut que nous ayons tous à l'esprit que la loi Fillon et la réforme du régime de retraite feront que le Fonds d'Action Sociale abondé par le régime de base recevra maintenant une dotation via la CNAVPL et qu'elle sera donc réduite de plus de 50 %.

Dans le même temps, on sait que l'entraide ordinale a diminué ses prestations.


Entraide du CNOM (Conseil National de l'Ordre de Médecins)
Sommes allouées
par la Commission du CNOM
1999 745 438,82 €
2000 711 655,14 €
2001 744 738,44 €
2002 705 378,77 €
2003 542 809,12 €
2004 521 846,06 €

En cinq ans, nous sommes passés de 745 438 € à 521 846 €, soit une baisse de près d'un tiers : il faut être prudent.

Vous pouvez compter sur vos administrateurs, mais nous comptons aussi beaucoup sur vous. Je vous remercie. *(Applaudissements).*

LE CONJOINT DU MÉDECIN LIBÉRAL

Madame Monique TEISSIER

Administrateur de la CARMF

Je remercie le président Maudrux de m'accorder la parole au seuil de ce colloque sur l'imprévoyance.

Mme Dufrier, administrateur du collège Invalidité-Décès, Mme Colas, administrateur suppléant et moi-même représentons au sein du Conseil d'Administration de la CARMF les conjoints survivants, en grande majorité des femmes, trop souvent victimes de l'imprévoyance des médecins.

Un bon nombre d'entre elles n'ont pas été préparées à affronter les difficultés financières qui surviennent après le décès de leur époux. Il existe encore des familles où les maris tiennent leur épouse à l'égard du budget familial, quelquefois pour les protéger, mais le plus souvent pour assurer seuls la gestion du patrimoine. Quand ils viennent à disparaître, celles-ci sont totalement dépourvues. Bien entendu, cela ne se produit que chez les autres !

La CARMF offre un système de protection sociale que bien des caisses de retraite pourraient lui envier :

- indemnités journalières en cas d'arrêt maladie,
- régime d'invalidité, rente pour les conjoints de moins de 60 ans,
- rente pour les orphelins,
- capital décès et réversion à partir de 60 ans, représentant à peu près 53 % de la retraite du médecin.

Pour bénéficier de ces prestations, une seule obligation pour le médecin : régler ses cotisations. Certains médecins ne s'en acquittent pas et, plus cigales que fourmis, laissent s'accumuler leurs dettes envers la CARMF. Pour ceux-ci et pour leur famille, lorsque la maladie et la mort frappent -il n'y a pas d'âge pour cela- c'est le désastre…

Je me permets de lancer un appel au nom des conjoints de médecins, des enfants de médecins, pour que vous soyez tous nos interprètes, vous délégués, en faisant prendre conscience aux médecins que vous côtoyez de la priorité qu'ils doivent donner dans leur budget aux règlements dus à la CARMF, afin que leur famille puisse continuer après eux à vivre décemment.
Je vous remercie de votre attention. *(Applaudissements).*

Docteur Yves LÉOPOLD

Vice-président de la CARMF

Mme Monique Teissier a parfaitement introduit ce sujet sur le conjoint du médecin, qui porte parfois la responsabilité partagée de l'imprévoyance.

Le conjoint du médecin libéral
Médecin décédé à 50 ans laissant une jeune veuve et des enfants à charge. Elle se retrouve sans ressources et ignorante de ses droits et devoirs au regard de la CARMF ; son mari lui disait « je m'occupe de tout ne te tracasse pas ».
Conséquence
L'épouse du docteur N. découvre que son mari a une dette envers la CARMF dont elle est solidaire. Qu'en cas de non paiement la CARMF peut engager une procédure de recouvrement forcée à son encontre. Perte éventuelle du capital décès, retard dans le versement des rentes pour la veuve et les enfants.
2005 - 29

Dans ce premier cas, la veuve découvre la réalité au décès de son époux. Il l'a tenue à l'écart et elle se rend compte qu'il n'y a pas de couverture. Elle et ses enfants n'ont pas de protection, n'ont aucun droit et l'intervention du Fonds d'Action Sociale est extrêmement difficile et forcément insuffisante.

Le conjoint du médecin libéral
Veuve de médecin, 40 ans avec 3 jeunes enfants. Le médecin décédé brutalement est redevable d'une année de cotisation.
Conséquence
Compensation de la dette avec l'indemnité décès. Le médecin étant marié en unique noce, la veuve percevra le reliquat éventuel et les rentes temporaire pour elle et ses enfants. De plus l'AFEM a accordé à ses enfants des aides financières.
2005 - 10

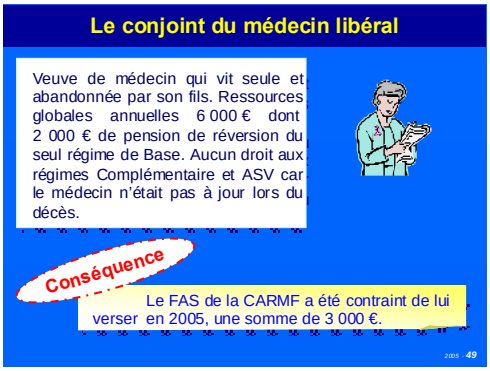
Dans d'autres cas, comme le suivant, elle aura la possibilité de combler, avec une avance et le montant de l'indemnité décès, la dette du défunt. Elle retrouvera le droit à sa pension et à celle de ses enfants. L'augmentation considérable de l'indemnité décès a permis de résoudre une partie importante de ces drames d'après décès. Une solution serait la cotisation au régime des conjoints collaborateurs pour les épouses des médecins masculins. Rappelons que cette cotisation gagne à être précoce.

Vous voyez l'exemple d'une femme de 54 ans qui collabore depuis 20 ans mais est déclarée depuis moins longtemps.

Elle aurait pu bénéficier d'une retraite personnelle, le drame étant que les femmes de médecin, en particulier dans la génération précédente, avaient peu d'activités et peu de retraite personnelle.

Le conjoint du médecin libéral
Conjoint de médecin, 54 ans, non déclarée comme conjoint collaborateur bénévole alors qu'elle collabore à l'entreprise de son mari depuis 20 ans.
Conséquence
Aujourd'hui si elle demande son affiliation à la CARMF elle ne peut racheter que 6 ans de cotisations.
Pour le calcul de sa retraite personnelle au régime de Base, elle perd 14 ans d'assurance qu'elle aurait pu cumuler avec ses années d'activité en tant qu'institutrice et ses droits pour 3 enfants.
2005 - 11

Un des problèmes dramatiques est lié à la baisse des ressources futures du Fonds d'Action Sociale, mais aussi à l'allongement de la vie - dont vous savez qu'il n'est pas forcément de bonne qualité, trop souvent lié à la dépendance - et au fait que les pensions de réversion ne suffisent pas toujours à assurer l'autonomie.


Le conjoint du médecin libéral
Veuve de médecin qui vit seule et abandonnée par son fils. Ressources globales annuelles 6 000 € dont 2 000 € de pension de réversion du seul régime de Base. Aucun droit aux régimes Complémentaire et ASV car le médecin n'était pas à jour lors du décès.
Conséquence
Le FAS de la CARMF a été contraint de lui verser en 2005, une somme de 3 000 €.
2005 - 49

Les ressources annuelles sont très basses dans ce cas. Il n'y a pas de droit parce que le médecin n'était pas à jour de ses cotisations aux régimes complémentaire et ASV et il n'y a pas de droit à un complément de retraite habituelle.

Le Fonds d'Action Sociale de la CARMF -alors qu'il n'existe pas de situation réelle de dépendance - est obligé d'intervenir pour assurer une vie normale.

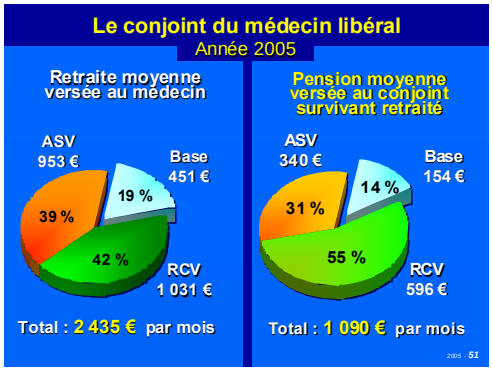
Si le séjour en maison de retraite est inévitable, même une réversion acceptable, ici moyenne ou peu s'en faut, devient insuffisante.

Le conjoint du médecin libéral
Veuve de médecin dépendante (1 fils retraité, non imposable).
Ressources globales annuelles 9 000 € dont 7 000 € de pension de réversion.
Aide accordée en 2005 par le CNO 5 000 €.
Frais de pension en maison de retraite 21 600 € (déduction faite de l'APA).
Conséquence
Depuis l'année 2002, le FAS de la CARMF doit verser une somme annuelle de 6 000 € pour permettre son maintien en maison de retraite.
2005 - 12

Le fils ne veut pas ou ne peut pas intervenir. Les biens personnels n'existent plus ou ont été transmis ; on a parfois des difficultés à faire la différence entre les deux.

On se base sur les déclarations de bonne foi et sur des vérifications des services techniques. Mais on ne peut pas décemment faire une enquête policière chez ces gens-là.
Dans ce cas, le Fonds d'Action Sociale, alors même que cette retraite est la retraite de réversion moyenne, doit intervenir à hauteur de 6 000 € pour compléter le coût de la maison de retraite.

Il faut se souvenir à ce propos, que la retraite de réversion actuelle est en moyenne largement inférieure à la moitié de la retraite du médecin. Là où un couple pouvait vivre, l'un aidant l'autre, avec 2 435 € par mois - c'est la retraite moyenne -, avec 1 090 € dès qu'apparaît une situation de dépendance, on se retrouve dans des difficultés considérables qui imposent l'intervention du Fonds d'Action Sociale. Ce problème du conjoint libéral représente une grande quantité des dossiers du Fonds d'Action Sociale.



Je rejoins le discours de Mme Teissier. Il faut absolument mettre en garde le médecin : en matière de retraite, ce n'est pas toujours suffisant, en matière de prévention et d'indemnités journalières, ce n'est pas toujours suffisant, en matière de réversion, la retraite CARMF est constamment insuffisante. Vous connaissez le coût d'une augmentation de ce genre de prestation. Je crois qu'il y a une part de responsabilités des médecins et une part de mesure de leurs besoins qu'il faut leur conseiller d'évaluer pour cette période.

Je donne la parole aux représentants de trois associations extrêmement précieuses dans l'aide qu'elles nous apportent dans ces dossiers difficiles : l'ACOMED, l'AFEM et l'ACOPSANTÉ. *(Applaudissements).*

INTERVENTIONS DES ASSOCIATIONS

ASSOCIATION DES CONJOINTS DE MĒDECINS

Madame Catherine DENION

Présidente de l'ACOMED

L'ACOMED est une association des conjoints de médecins. Je laisserai à Marc Tilman, vice-président, le soin de vous présenter l'association, ce que l'on y fait, les retombées que nous pouvons avoir en tant que conjoints concernant toutes les difficultés qui ont été énoncées.

Monsieur Marc TILMAN

Vice-président de l'ACOMED

En tant que conjoint de médecin et comptable, je me suis intéressé à la prévoyance quand j'ai vu comment mon épouse gérait son cabinet. Voici pourquoi je me suis engagé dans le vaste débat de la prévoyance.

L'ACOMED a été créée en 1971, sous l'impulsion d'un groupe de conjoints mixtes dans le but d'oeuvrer à la reconnaissance de la collaboration bénévole du conjoint, identique à celle d'un salarié - l'entreprise médicale est considérée comme une TPE. Cette association mène, le cas échéant, toute action visant à assurer la légitimité du rôle du conjoint au sein du cabinet sous toutes ses formes. Devant la diversité de la médecine libérale, elle peut proposer aux interlocuteurs toute modification susceptible d'améliorer le statut du conjoint collaborateur, de sa couverture sociale.

Elle peut également apporter une aide à la formation pour une meilleure réalisation des tâches professionnelles, défendre les intérêts de ceux-ci, les représenter auprès des pouvoirs publics et organismes sociaux, réunir les conjoints afin de permettre des échanges et l'entraide sous toutes ses formes.

L'expérience de l'ACOMED dans ce domaine est importante car nous sommes confrontés de plus en plus aux difficultés que rencontrent les adhérents lors d'un décès brutal, d'une maladie lourde invalidante, temporaire ou définitive, ou lors d'un simple divorce qui ne se passe pas toujours dans de bonnes conditions. Ces situations sont très difficiles à gérer au présent et le sont encore plus quand le couple médecin-conjoint refuse d'être prévoyant ou ne sait pas que de nombreuses difficultés apparaissent pour la tenue du cabinet ou lors d'une hypothétique revente.

Dans cet état, nous retiendrons l'importance de la formation concernant la tenue de l'entreprise médicale au plan comptable, de la réflexion régulière sur la situation patrimoniale professionnelle mais aussi personnelle, d'une connaissance plus accrue des contrats d'assurance existants et, le cas échéant, de les modifier selon l'évolution de l'activité du médecin, de prendre le temps d'analyser sa propre situation, d'anticiper ; ce qui éviterait de gros soucis au médecin et au conjoint. L'ACOMED se positionne depuis plus de trente-cinq ans pour aider les médecins, les conjoints et les informer. Je vous remercie. *(Applaudissements).*

ASSOCIATION REGROUPANT LES CONJOINTS DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Madame Marie-Christine COLLOT

Présidente d'ACOPSANTÉ

ACOPSANTÉ est une association regroupant les conjoints des professionnels de santé et comptant de nombreux conjoints de médecins. Elle est fédérée au sein de l'UNACOPL. Je ne répéterai pas tout ce qu'a dit mon prédécesseur à cette tribune, nous avons les mêmes buts.

De par notre situation privilégiée auprès des conjoints, nous avons connaissance de tous les problèmes qui les touchent et qui touchent également les médecins.

Nous sommes régulièrement sollicités par mail ou par téléphone pour aider les uns et les autres. Souvent, ces personnes réagissent trop tard et nous les trouvons confrontées à des situations dramatiques.

C'est pourquoi nous avons rédigé un communiqué de presse intitulé *«Inquiétant »* où ont été détaillées toutes les situations qui nous semblaient révoltantes. Il a été largement diffusé.

Dans mon département par exemple, un médecin de 40 ans qui n'avait rien prévu. Il décède en laissant dans le besoin ses trois enfants et sa concubine. Il savait que le capital décès de la CARMF avait été augmenté -il l'avait dit à sa concubine. Ce qu'il ne savait pas, c'est que la concubine ne pouvait pas le toucher puisqu'ils n'étaient pas mariés.

Il comptait beaucoup sur la communauté médicale qui ferait preuve de solidarité. C'est effectivement ce qui s'est passé dans mon département, mais est-ce vraiment ce qu'il faut attendre de la solidarité médicale ? N'est-ce pas quelque peu pénalisant ?

Le capital sera effectivement attribué aux enfants, mais sera-t-il suffisant pour les faire vivre et payer leurs études ?

Quand un médecin s'installe, il doit prévoir beaucoup de choses et les difficultés financières peuvent le faire hésiter à prendre des assurances complémentaires. Il se croit couvert quand il cotise à la CARMF. Mais cette cotisation est un minimum. Le professionnel doit attendre 90 jours pour toucher l'indemnité journalière.

Parfois le médecin se laisse déborder par la maladie et ne parvient plus à régler ses cotisations obligatoires. Quand le conjoint découvre la situation, il doit d'abord régulariser avant d'espérer une quelconque prestation. Dans notre société, les assurances sont obligatoires pour les salariés. Le libéral ne prend pas toujours la mesure qu'il doit s'assurer lui-même. Peut-être a-t-il aussi quelque réticence à envisager le pire, ce qui n'est pas très facile sur le plan humain.

Pourtant, nous essayons de mobiliser nos adhérents en donnant des informations variées et utiles par le biais de bulletins et de notre site Internet. Nous les incitons à réactualiser régulièrement leur prévoyance ; celle prise à trente ans ne couvrira pas les personnes de cinquante ans, voire de soixante ans, les besoins étant différents.

Nous sommes en relation avec les conseils départementaux de l'Ordre pour étudier ensemble les meilleurs moyens d'information. Nous organisons régulièrement des conférences où divers thèmes sont abordés. Nous nous réjouissons de voir un colloque organisé sur ce sujet et nous remercions M. le président Maudrux et M. le professeur Roland de prendre ce sujet à coeur. Nous pensons qu'une association permet de faire partager des expériences et de créer des liens entre ses adhérents. Le conjoint est parfois bien seul pour faire face à toutes ces démarches -URSSAF, fisc, devenir du cabinet médical - surtout s'il n'est pas au courant du fonctionnement des administrations.

Le conjoint collaborateur aura au moins l'avantage de bien connaître la gestion du cabinet médical. Cependant, on trouve aussi des imprévoyances dans cette situation puisque certains omettent de cotiser au régime des conjoints et voudraient bien racheter des années une fois la retraite liquidée. Le mois d'août dernier nous a enfin apporté le cadre juridique du statut du conjoint collaborateur que nous attendions depuis des années. Juste reconnaissance du travail des conjoints dans l'ombre.

Je veux conclure mon propos sur cette note optimiste. Nous comptons sur la dynamique que représente une information commune de la CARMF, de l'Ordre National des Médecins, des syndicats, des associations pour que médecins et conjoints ne soient plus des cigales et que nous ne recevions plus des appels pathétiques quand il est trop tard pour intervenir. Je vous remercie de votre attention. *(Applaudissements).*

ASSOCIATION D'AIDE AUX FAMILLES DE MÉDECINS EN DIFFICULTÉ

Docteur Jean-Marie COLSON

Représentant l'AFEM

Bonjour. Je supplée au pied levé le Docteur Werner, président de l'AFEM, retenu par un problème familial. L'AFEM est une association qui vient en aide aux familles médicales en difficulté. Elle dispose de fonds alimentés uniquement par des dons ; il n'y a pas de cotisation obligatoire. Après étude des dossiers, elle distribue cet argent principalement sous forme de bourses à des étudiants (une centaine d'un montant de 5 400 € chacune), d'aides aux études et d'interventions ponctuelles. Les étudiants sont « parrainés » et suivis pendant leurs études.

LES SOLUTIONS ET ÉVALUATIONS

Docteur Jean-Marie COLSON

Trésorier du Conseil National de l'Ordre des Médecins
et administrateur de la CARMF

Je voudrais dire qu'en matière d'entraide, il y a deux aspects : un aspect financier que j'évoquerai, mais aussi un aspect humain.

Une situation dramatique qui survient bouleverse une famille. Il y a des situations épouvantables, un contexte psycho-affectif qui ne fait que compliquer la gestion du problème qui se pose à nous. Le Docteur André Léon, Président de la Commission Nationale d'Entraide reviendra sur cet aspect humain.

Je serai quelque peu redondant avec ce qui a été dit concernant uniquement les affaires financières.

Yves Léopold vous a donné un échantillonnage de tout ce qui est traité par les différentes commissions d'entraide et que les personnes qui en ont la charge, connaissent très bien.

Jean-Luc Friguet vous a énuméré la prévoyance offerte par la CARMF. J'insisterai sur deux points :

- les avancées obtenues par la CARMF, à savoir l'extension aux cotisants de l'intervention du Fonds d'Action Sociale de la CARMF, qui n'existait auparavant que pour les allocataires ;
- deuxième point qui résout beaucoup de problèmes financiers à court terme : l'augmentation du capital décès de la CARMF qui est passé de 4 000 à 38 000 €, ce qui est vraiment extraordinaire.

Nous pouvons tous remercier la direction et l'état-major de la CARMF d'avoir réussi à obtenir cela.

D'autres problèmes se posent aussi où il faudra peut-être étendre les possibilités d'intervention de la CARMF.

Je vais résumer, en reprenant ce qu'a dit Jean-Luc Friguet, trois problèmes qui se posent avec une acuité de plus en plus marquante :

- Les problèmes psychiatriques ou psychologiques nous intéressent in fine. Mais en remontant à la source, on peut se poser la question de savoir si l'on peut laisser faire dix à douze ans d'étude à des étudiants dont on sait qu'ils ne pourront plus être « mis sur le marché » et qui peut-être n'auront aucun droit, vu l'état antérieur.

- Le problème de l'alcoolisme qui rejoint le premier cas. Dans ce domaine, des pistes sont suivies, en particulier l'injonction thérapeutique. En cas d'alcoolisme avéré, le Conseil de l'Ordre intervient au niveau de la Section Disciplinaire dans sa composante administrative (et non disciplinaire) pour interdire à un médecin alcoolique d'exercer parce qu'il est dangereux. En précisant bien que ce n'est pas une sanction disciplinaire mais administrative.

Faut-il, on en a souvent parlé, inclure dans les textes, en plus de l'interdiction temporaire d'exercer, une injonction thérapeutique pour que les médecins soient vraiment obligés de se soigner ?

A titre d'exemple, un Conseil régional avait interdit à un médecin d'exercer pendant six mois et lui avait demandé de se soigner. Quand on lui a demandé s'il se faisait soigner, il nous a répondu : *« Oui, je suis allé à la Croix d'Or, mais il y avait trois de mes clients, alors je suis reparti ».* Et il a laissé tomber. Peut-être que s'il avait eu une injonction décisionnelle, il aurait peut-être été obligé de se soigner et d'en rendre compte.

- Le troisième problème, déjà évoqué ici, est celui des pensions de réversion. Elles ne sont pas suffisantes. Lorsque, notamment, il faut payer les frais d'une maison de retraite augmentés notablement en cas de dépendance.

Nous attendons de vous vos remarques, vos commentaires et vos propositions, à titre individuel ou au titre des structures que vous représentez, de façon à nourrir notre réflexion et peut-être les décisions du conseil d'administration.

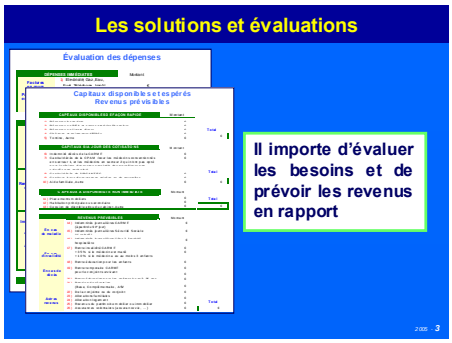
Rappelons que la cessation d'activité pour maladie signifie pour le médecin libéral l'arrêt brutal des revenus et s'il n'y a pas d'assurance complémentaire, il convient de tenir compte du délai d'attente (90 jours) pour percevoir les indemnités journalières.

Quant aux hospitaliers et salariés, à l'inverse des libéraux, ils bénéficient d'un confort relatif, c'est-à-dire le maintien du salaire pendant un certain temps, lequel diminue ensuite de moitié.

Le PUPH est encore moins bien protégé que le PH lui-même. Le côté Education Nationale est très bien structuré alors que le côté indemnisations pour l'activité hospitalière n'est pas chargé.

Enfin, en cas de retraite, il n'y a pas cessation brutale de revenus mais une diminution, en particulier pour les veuves qui bénéficient d'une pension de réversion amputée d'environ 50 %.

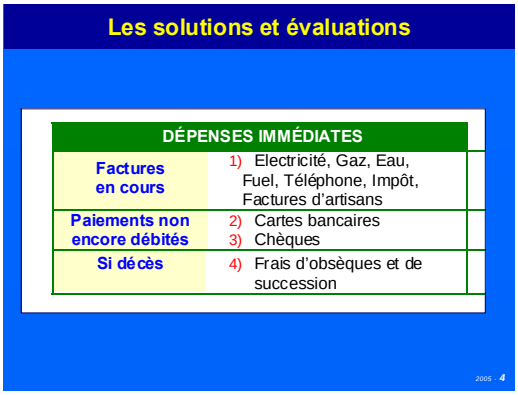
En pratique, il importe d'évaluer les besoins d'une famille en cas d'accident et en fonction des dépenses.

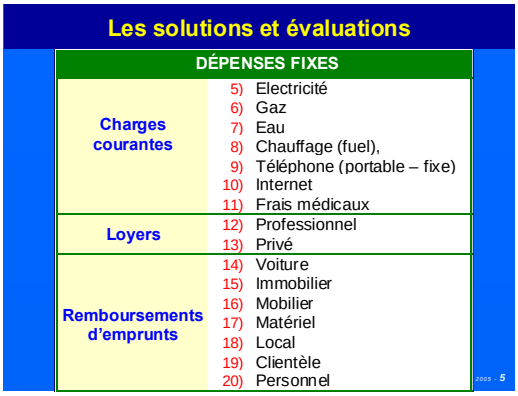

Les solutions et évaluations
Évaluation des dépenses
Capitaux disponibles et ressources prévisibles
Il importe d'évaluer les besoins et de prévoir les revenus en rapport
2005 - 3

Au moins une fois par an, chaque médecin devrait, avec sa famille, examiner et comparer dépenses et recettes et en tirer les conclusions pour compléter ce qui est prévu obligatoirement par la CARMF - non suffisant - et s'adresser à une mutuelle ou à des assurances privées, ou prévoir des tontines dont on va parler tout à l'heure.

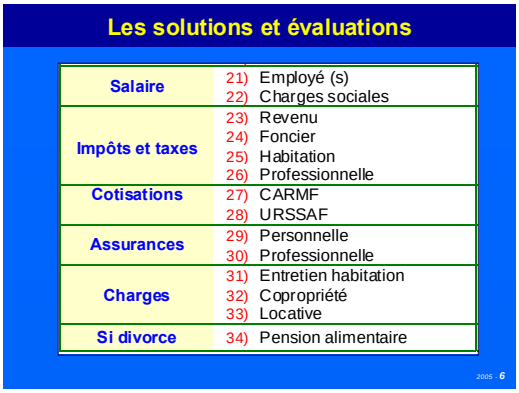
Voici une liste *« à la Prévert »*. En cas de décès du médecin, dans les cases d'un tableau à préparer il conviendrait de chiffrer les dépenses immédiates dans un premier temps, puis les dépenses fixes et surtout d'établir un budget prévisionnel pour financer la vie de la famille dans une telle éventualité.

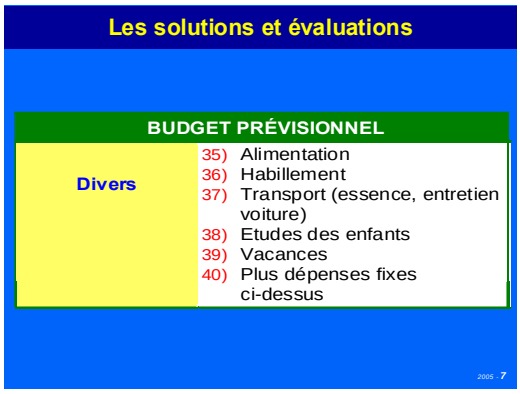
L'inventaire n'est pas exhaustif :



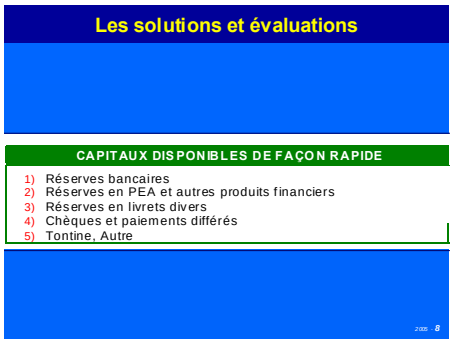


- les factures en cours le jour du décès ;
- l'électricité, le gaz, l'eau, le fuel, le téléphone, les factures d'artisans ;
- les débits des cartes bancaires, les chèques non encaissés ;
- les frais d'obsèques ;
- les frais de succession - les successions durent six mois et en période de panique, par exemple, on veut vendre une voiture pour avoir des disponibilités, mais celle-ci ne peut être vendue puisqu'elle fait partie de la succession ;
- les charges fixes, les frais médicaux, les loyers professionnels, les loyers privés ;
- les remboursements d'emprunts de voiture, d'immobilier, de mobilier, du matériel du cabinet médical, de la clientèle, les salaires des employés ;
- les impôts et taxes diverses ;
- les taxes foncières ;
- les cotisations CARMF, URSSAF, les assurances, les charges d'entretien de copropriété, etc.





S'agissant du budget prévisionnel, en cas de maladie ou de décès du professionnel, avec quoi va vivre la famille ? D'une part, il faut prévoir l'alimentation, l'habillement des enfants, les transports, les études des enfants, les vacances et toutes les dépenses fixes dont on vient de parler. D'autre part, il faut analyser les fonds disponibles : capitaux disponibles dont on peut disposer très rapidement, les rentes à long terme qui vont pouvoir financer le budget prévisionnel, etc.

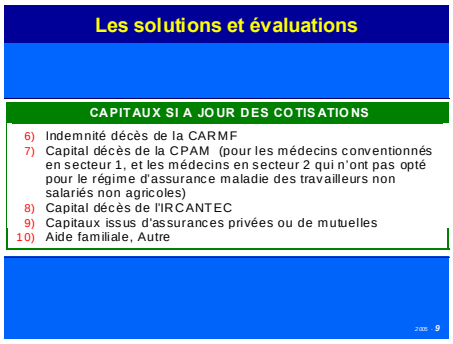

Les solutions et évaluations
CAPITAUX DISPONIBLES DE FAÇON RAPIDE
1) Réserves bancaires
2) Réserves en PEA et autres produits financiers
3) Réserves en livrets divers
4) Chèques et paiements différés
5) Tontine, Autre
2005 - 8

Les capitaux disponibles de façon immédiate sont l'argent courant, les réserves bancaires -quand les comptes ne sont pas bloqués- les réserves de divers livrets bancaires, les chèques non encaissés et les tontines. A propos des tontines, qui ont une définition juridique, différents exemples existent. Je vous expose deux cas de tontines qui fonctionnent bien. Un médecin décède brutalement laissant ses ayants droit sans le moindre centime à court terme. Le conseil départemental a proposé à tous les médecins en activité du département, à partir de cet exemple, de verser la valeur d'un C sur un compte bloqué rapportant des intérêts. Le montant disponible sera versé à la famille dès connaissance du décès. Cela représente environ 5 000 €, pour ce petit département, qui seront très utiles dans cette situation.

Deuxième exemple : une vingtaine de médecins se réunissent et décident entre eux de signer un contrat :
« Si je suis malade ou s'il y a un problème, je m'engage le temps de la maladie à couvrir partiellement les 90 jours de carence de la CARMF pour percevoir les indemnités journalières, de verser chacun la valeur d' 1 C par jour ». Cela coûte peu et est déductible des revenus. C'est un petit effort qui rend un grand service.

Ces petites tontines sont à encourager.

Concernant les capitaux, il y a les indemnités décès de la CARMF pour autant que les cotisations soient à jour, le capital décès de l'IRCANTEC, le capital décès de la CPAM.


Les solutions et évaluations
CAPITAUX SI A JOUR DES COTISATIONS
6) Indemnité décès de la CARMF
7) Capital décès de la CPAM (pour les médecins conventionnés en secteur 1, et les médecins en secteur 2 qui n'ont pas opté pour le régime d'assurance maladie des travailleurs non salariés non agricoles)
8) Capital décès de l'IRCANTEC
9) Capitaux issus d'assurances privées ou de mutuelles
10) Aide familiale, Autre
2005 - 9

Je rappelle qu'il existe un capital décès pour les médecins salariés, mais aussi pour les médecins libéraux qui ont signé une convention secteurs I et 2, sous condition que le secteur 2 soit affilié, non pas à la CMR, mais à la Caisse de Sécurité Sociale.

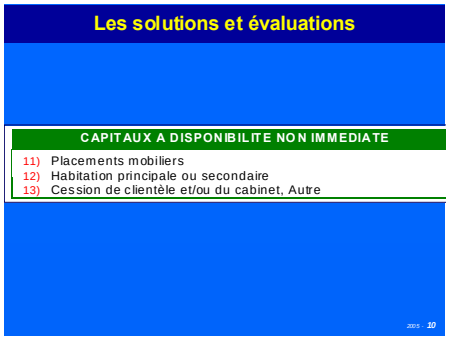
Encore faut-il le demander ! Pour cela, je le redis encore une fois, il faut être à jour des cotisations.

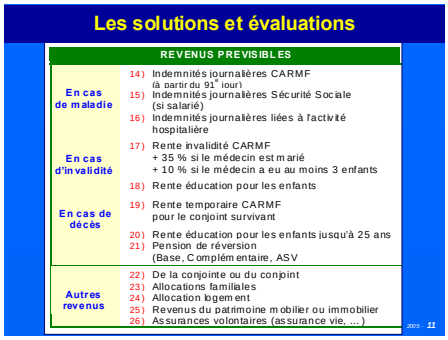
Les solutions et évaluations
Le prélèvement mensuel des cotisations
Si vous n'avez pas encore choisi la mensualisation, n'hésitez pas à demander une proposition de prélèvements échelonnés au Service Comptabilité de la CARMF.
Ce mode de paiement supprime tout risque de retard entraînant l'application des majorations de retard et la perte éventuelle des droits du régime Invalidité-Décès.
2005 - 14

Je vais faire une confession publique a posteriori. Dans ma carrière médicale, il m'est arrivé d'avoir des difficultés à payer la CARMF. J'ai eu droit à un huissier, aux pénalités de retard, etc. Ma famille n'était pas couverte en cas de problème.

La mensualisation a résolu le problème. Je ne peux que vous inciter tous à vous mensualiser ce qui facilite considérablement le règlement des cotisations et protège la famille.

Viennent ensuite les capitaux à disponibilité non immédiate. Il s'agit des placements immobiliers, comme une maison secondaire, dont on peut avoir besoin. En cas de décès, je ne rappellerai pas les rentes prévues, etc.

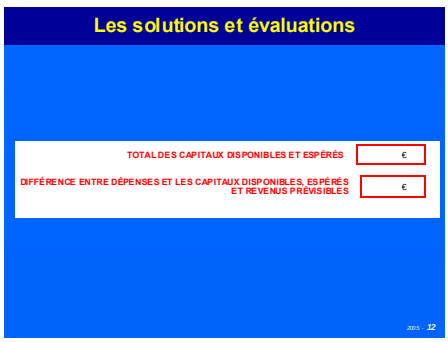

Les solutions et évaluations
CAPITAUX A DISPONIBILITE NON IMMEDIATE
11) Placements mobiliers
12) Habitation principale ou secondaire
13) Cession de clientèle et/ou du cabinet, Autre
2005 - 10


Les solutions et évaluations
REVENUS PREVISIBLES
En cas de maladie
14) Indemnités journalières CARMF (à partir du 91e jour)
15) Indemnités journalières Sécurité Sociale (si salarié)
16) Indemnités journalières liées à l'activité hospitalière
En cas d'invalidité
17) Rente invalidité CARMF + 35 % si le médecin est marié + 10 % si le médecin a eu au moins 3 enfants
18) Rente éducation pour les enfants
En cas de décès
19) Rente temporaire CARMF pour le conjoint survivant
20) Rente éducation pour les enfants jusqu'à 25 ans
21) Pension de réversion (Base, Complémentaire, ASV
Autres revenus
22) De la conjointe ou du conjoint
23) Allocations familiales
24) Allocation logement
25) Revenus du patrimoine mobilier ou immobilier
26) Assurances volontaires (assurance vie, ...)
2005 - 11

Pour conclure, tout se prépare avant l'accident.

Se préparer avant l'accident veut dire être à jour des cotisations obligatoires, avoir une bonne gestion du budget familial, du cabinet médical, pas de surendettement, pas trop d'emprunts, pas trop de crédits. Couvrir chaque emprunt par une assurance.

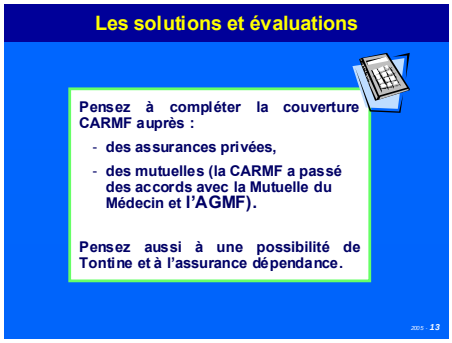
Attention aux crédits revolving ! Certains dossiers représentent la page jaune de tous les crédits revolving qui existent entre SOFINCO, COFINOGA. C'est un genre cavalerie qui ne fait qu'aggraver le surendettement.


Les solutions et évaluations
TOTAL DES CAPITAUX DISPONIBLES ET ESPÉRÉS
€
DIFFÉRENCE ENTRE DÉPENSES ET LES CAPITAUX DISPONIBLES, ESPÉRÉS ET REVENUS PRÉVISIBLES
€
2005 - 12

Eviter l'insouciance ou la négligence qui s'appellent aujourd'hui imprévoyance.

Enfin, il faut savoir que les concubins ou concubines ne sont pas couverts.

Attention aussi aux cautions ! Quand un médecin se porte caution, celle-ci fait partie de la succession et certains héritiers héritent de situations catastrophiques.


Les solutions et évaluations
Pensez à compléter la couverture CARMF auprès :
- des assurances privées,
- des mutuelles (la CARMF a passé des accords avec la Mutuelle du Médecin et l'AGMF).
Pensez aussi à une possibilité de Tontine et à l'assurance dépendance.
13

Prévoir des revenus complémentaires à l'assurance obligatoire pour couvrir les 90 jours de la CARMF. Pour les hospitaliers, bien penser qu'au bout d'un moment, leur salaire sera réduit de moitié.

En cas de maladie, assurer une survie décente à ses ayants droit, s'assurer une retraite confortable pour soi et suffisante pour couvrir les frais de maison de retraite, surtout en cas de dépendance pour le couple et surtout pour le conjoint survivant. On a déjà parlé du statut du collaborateur.

Autre problème majeur concernant nos jeunes confrères.

Revenons au début de l'installation, en particulier pour les remplaçants. Nous devons aussi y réfléchir. Un exemple : le docteur X, remplaçant, passe sa thèse au milieu du deuxième trimestre 2004. Il néglige de s'inscrire à l'Ordre, à la CARMF et décède brutalement en début d'année. Il laisse deux enfants sans papa et sans aucun droit.

Un autre exemple a particulièrement ému le Conseil National. Marion, coordinatrice d'un groupe de remplaçants dans le cadre de l'URML de Basse Normandie représentée ici par le Docteur Le Maguet, elle-même remplaçante, avait appelé l'attention de la presse médicale sur la non couverture du remplaçant. Elle en était le témoin direct car, atteinte d'une maladie au pronostic fatal, elle s'était adressée au Conseil Départemental de l'Ordre au tableau duquel elle ne pouvait être inscrite n'ayant pas encore soutenu sa thèse, pour dire son désarroi devant cette situation. Mère d'un jeune enfant elle n'avait aucun revenu. Les difficultés exposées par Marion ont montré qu'une lacune grave existe dans le système et qu'une réflexion doit être engagée.

Depuis, Marion est décédée et une de ses proches amies, Madame Burnouf, a repris le flambeau pour inciter les remplaçants à avoir une couverture en cas de maladie ou d'accident et étendre ce message à toute la France en souvenir de Marion.

Il faut souligner que dans les jours qui ont suivi le décès de Marion, les remplaçants de la coordination ont été nombreux à souscrire une assurance !

Il faudrait faire cesser la rumeur qui se répand : « *ce n'est pas la peine de payer la CARMF … ni de s'assurer* …. » écartant ces contraintes d'un revers de main.

La maladie brutale, foudroyante ou le platane au bord de la route ne s'écartent pas d'un revers de main. Je vous remercie. *(Applaudissements).*

INTERVENTIONS DES REPRÉSENTANTS DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS, DES SYNDICATS, DES URML ET DES CONSEILS DÉPARTEMENTAUX DE L'ORDRE DES MÉDECINS

Docteur Gérard MAUDRUX

Président de la CARMF

Avec Jacques Roland, nous avons envoyé beaucoup d'invitations. Nous sommes très contents car vous êtes pratiquement tous venus. Nous avions prévu de parler, on l'a fait avec nos amis et responsables. Je vous demande de vous préparer à intervenir, même si certains n'avaient pas prévu de le faire. Après son intervention à cette tribune, le docteur Léon souhaiterait que les représentants syndicaux et les représentants des URML, etc. interviennent.

Nous avons prévu un large temps de parole pour que vous vous exprimiez sur l'imprévoyance de nos confrères ou la prévoyance de nos organismes. Nous avons des choses à apprendre, à recevoir. Nous sommes ici pour en débattre. Nous remercions tous deux les premiers intervenants qui ont respecté les délais pour vous permettre de vous exprimer à votre tour.

Le Docteur Léon interviendra sur l'entraide à l'Ordre, pour dire ce qu'il pense et ce que fait l'Ordre.

Nous avons envoyé également beaucoup d'invitations aux assurances et aux mutuelles. Si des personnes veulent dire ce qu'elles font, ce qu'elles peuvent nous proposer, qu'elles se préparent. On souhaiterait vous entendre tous.

Docteur André LÉON

Président de la Commission d'Entraide du CNOM

Messieurs les présidents, mes chers confrères, mesdames et messieurs.

Le rôle de la Commission d'Entraide du Conseil National de l'Ordre ne se borne pas à présenter des chèques à la signature du trésorier, notre ami Jean-Marie Colson. Les tâches de cette commission et ses interventions sont multiples. Il faut comprendre que nous sommes confrontés à des situations de détresse qui laissent toujours des familles perdues dans les méandres des problèmes administratifs. C'est pourquoi il faut les accompagner dans ces démarches administratives auprès du fisc, des banques, des organismes d'assurance, des assistantes sociales, de la commission de surendettement, sans parler des contacts privilégiés que nous avons avec la CARMF, l'AFEM, l'AGMF et les autres associations.

Nous intervenons pour éviter des saisies et des expulsions, pour préparer un calendrier d'échelonnements des dettes éventuelles et pour rappeler aux enfants qu'ils ont un devoir d'assistance envers leurs parents.

Nous aidons aussi à la prolongation des études des enfants et des orphelins. Toutes ces tâches sont accomplies avec compétence et patience, sans ménager sa peine, sans se fâcher quand elle subit les récriminations de certains solliciteurs, par Jocelyne Launois qu'en mon nom et en celui du Conseil National de l'Ordre, je tiens à remercier.

Quelques mots pour vous dire comment fonctionne la commission d'entraide du Conseil national.

Les demandes sont reçues et analysées par Jocelyne et moi-même. En cas d'urgence, le président de la commission peut décider d'une aide immédiate. Il demande au trésorier du Conseil National de signer le chèque qui sera en général adressé au conseil départemental ; ceci pour être assuré que le chèque sera bien attribué là où il doit l'être. Cette décision sera ensuite portée à la connaissance des membres de la commission lors de sa prochaine réunion.

Dans tous les autres cas, les dossiers sont étudiés par les membres titulaires de la commission qui font leur rapport et leurs propositions lors de sa réunion. C'est l'ensemble de la commission qui décide de la réponse à apporter aux demandes reçues. Un rapport global d'activité est ensuite exposé lors de la session du Conseil National. Il est inutile de dire que tout cela reste confidentiel.

Avant de terminer, je veux demander aux conseils départementaux qui ne l'ont pas encore fait de nous renvoyer le questionnaire que nous leur avons adressé récemment, afin de nous permettre de savoir comment se fait l'entraide dans leur département.

J'insisterai encore, comme l'ont fait les précédents orateurs, sur le rôle majeur du conseil départemental au moment de l'inscription au tableau de nos jeunes confrères. Il est impératif d'insister sur la nécessité pour eux d'avoir des garanties étendues. Il faut savoir que chaque semaine, plusieurs demandes d'aide parviennent au Conseil National pour des situations parfois dramatiques. Je rêve du jour où ces demandes seront devenues exceptionnelles. Je vous remercie. *(Applaudissements).*

Docteur Gérard MAUDRUX

Président de la CARMF

Nous pouvons peut-être commencer dans l'ordre, soit par les unions, soit par les syndicats. Nous avons lancé de nombreuses invitations pour les syndicats. Tout le monde a été invité. Les deux premières réponses que nous avons reçues venaient de la CSMF et de MG France ; réponses négatives que nous déplorons. Je sais qu'un délégué CARMF, membre d'un syndicat, devrait être présent à l'assemblée générale. Nous n'avons pas reçu de réponse d'ALLIANCE. Si son représentant est présent, nous souhaiterions également l'entendre.

Docteur Jean-Claude REGI

Président de la Fédération des Médecins de France

Je voudrais vous remercier, messieurs, de me donner la parole pour aborder la problématique de l'imprévoyance dans notre profession. Je voudrais saluer la volonté commune de notre Caisse de Retraite et de notre Ordre de susciter une réflexion dans un domaine où certaines situations relèvent parfois de l'incompréhension totale.

Cependant, il faut distinguer ce qui relève de l'insouciance, certes coupable, qui conduit à des situations souvent graves, des causes profondes de la spirale menant à des situations de détresse.

Ces causes sont multiples : dépendance, problèmes familiaux, divorce, mal-être qui conduisent hélas, et de manière significativement plus importante que dans la population générale du même âge, au suicide de trop d'entre nous.

Que pouvons-nous faire dans ces cas ? Quelle réponse peut apporter la profession pour prévenir ces situations dramatiques ?

Pour ce qui relève de l'insouciance, c'est à l'ensemble de la profession organisée de faire comprendre à ceux qui pensent que les aléas de la vie ne concernent que les autres, qu'ils ne sont pas à l'abri et qu'ils peuvent se retrouver du jour au lendemain dans des situations difficiles.

C'est la démarche qui anime la réunion d'aujourd'hui et qu'il nous faudra renouveler. Cela nous conduit à nous poser la question de savoir si la couverture proposée par notre Caisse de Retraite est suffisante. Un bilan personnalisé fait par un professionnel permettrait de mettre l'accent sur des besoins personnels et familiaux réels en cas de difficulté et pour la retraite. Ces besoins ne sont pas les mêmes si l'on a des enfants à charge par exemple. Cette couverture est ainsi appelée à être modulée au cours de la vie.

L'assurance est trop chère aussi longtemps que l'on est en bonne santé. Lorsque l'imprévoyance et les problèmes financiers inextricables qui en découlent sont autant de facteurs qui conduisent à l'irréparable, au suicide, nous pouvons nous poser la question de savoir si nous avons tout fait pour éviter d'en arriver là.

Avons-nous proposé notre assistance aux confrères en difficulté ? La nécessaire solidarité professionnelle a-t-elle été au rendez-vous ?

Des centres d'écoute animés par des psychologues sont une bonne réponse à ces situations, comme la constitution de tontine, mais aucune action collective ne remplacera la responsabilité individuelle et la solidarité professionnelle de proximité.

Même si la responsabilité individuelle et la solidarité professionnelle sont les maîtres mots de la prévoyance quant aux risques professionnels du médecin, la mission de notre Caisse de Retraite et du Conseil National de l'Ordre des Médecins est de proposer différents moyens d'actions collectives pour sensibiliser les confrères imprévoyants n'ayant pas mesuré le retentissement de certaines situations qui peuvent devenir dramatiques.

Inciter aux prélèvements échelonnés pour éviter les pénalités de retard et la perte des droits, élever le niveau de couverture de notre Caisse, travailler auprès des assureurs sur des contrats préférentiels sont autant de pistes à ne pas négliger.

Difficulté financière et ce que l'on qualifie d'imprévoyance vont souvent de pair. Il est de la responsabilité des syndicats de veiller au maintien de la valeur de nos actes et de ne pas tabler sur leur multiplication. Nous ne pouvons ignorer aujourd'hui que les médecins ne sont pas seulement à la recherche de revenus supérieurs, mais surtout en quête d'une meilleure qualité de vie.

Nous avons intégré cette donne nouvelle dans la défense des intérêts de notre profession. Nous avons tous compris que le but de la réunion était un appel à la mobilisation de tous, pour éviter d'arriver à des situations dramatiques. Agir en amont, informer, être solidaire, sera une obligation constante pour nous, pour participer à cette démarche de solidarité et de prévoyance. Merci. *(Applaudissements).*

Docteur Gérard MAUDRUX

Président de la CARMF

Y a-t-il des représentants ou des présidents d'unions ? Quel pourrait être le rôle des unions ? Que pouvez-vous faire pour nous aider en complémentarité avec l'Ordre et la CARMF lorsqu'il y a des besoins ?

Docteur Alain LE MAGUET

Président de l'URML Basse Normandie

Bonjour. Je représente également Pierre Monod, Président de la Conférence Nationale des Présidents des Unions qui ne pouvait pas être présent aujourd'hui.

Les unions sont jeunes, elles n'ont qu'une douzaine d'années d'existence. Elles sont loin d'être aussi institutionnalisées que l'Ordre, la CARMF ou certains syndicats. Je suis aussi CSMF. Je peux dire à Gérard Maudrux qu'elle est présente aujourd'hui. Tous les présidents d'unions, sauf un d'ailleurs, sont de la CSMF qui est un syndicat s'occupant de l'entraide et de prévoyance à sa façon.

Je veux dire que, localement et avec d'autres confrères des unions, nous avons essayé d'approcher ce problème de l'imprévoyance et des difficultés avec nos jeunes confrères.

Nous avons, du fait d'une appartenance plus nouvelle dans le champ institutionnel, une approche plus facile aujourd'hui avec les jeunes confrères qui sont sur des sites en exercice libéral et surtout dans leurs dernières années de formation.

Par exemple, les généralistes ont une année à faire dans ce que l'on appelle *« le sixième semestre »,* à l'extérieur. A partir de cet exercice, ils ont une longue période possible de deux ans avant d'arriver à la thèse. Les unions ont étudié cette situation. Pendant presque deux années, au moins 40 ou 50 % des praticiens sont dans cet état de précarité dont on a parlé tout à l'heure. Ils sont de ce fait peu ou mal informés et tombent dans les difficultés que nous connaissons.

Du fait des problèmes de démographie médicale, les unions régionales se sont beaucoup engagées dans ces études démographiques et font partie, en tant qu'observateurs, des comités régionaux d'observation démographique. Pour aider nos confrères, surtout en zone où la précarité est importante et où la difficulté est forte -en milieu rural- nous avons pensé qu'il était possible de travailler sur l'agence régionale des remplaçants.

Nous avons aidé nos jeunes confrères qui sont dans une région comptant 2 300 médecins libéraux. Ils sont au nombre de 60, voire 80, à exercer quasiment pendant sept ans sous ce statut de remplaçant. Nous avons une approche particulière pour les aider à s'organiser et à s'associer pour mettre en place une forme de travail commode et en relation avec les confrères installés. Comme ils l'ont demandé également, nous les aidons à installer une forme de solidarité et d'expertise entre eux.

Je rappelle qu'ils sont aujourd'hui assez réfractaires à l'institutionnel et à notre paternalisme. Je pense qu'il convient de les laisser s'organiser. On peut les piloter et les accueillir. C'est ce que nous avons fait en Basse Normandie avec assez de bonheur pour le moment, mais aussi des difficultés pour trouver de l'écoute concernant les fonds de financement.

Nous avons approché les Fonds d'Aide à l'amélioration de la Qualité des Soins de Ville (FAQSV), à partir desquels il est possible d'aider ces jeunes confrères à mieux entrer dans la vie professionnelle et surtout à y entrer plus aguerris.

Je veux encore dire que les médecins sont négligents parce qu'ils sont très occupés. Vous avez vu les études faites sur le «burn out ». La sur-occupation amène à une certaine négligence des sur-occupés. On peut aussi essayer de prévenir nos confrères sur ce point.

Le risque judiciaire est aussi un problème sur lequel nous ne sommes pas intervenus. Cela peut être un moment où certains d'entre nous arrivent dans des situations de conflit, quand on part au pénal ou au civil, quant on vient aux commissions régionales d'indemnisation.

Ce sont aussi des moments de fragilité professionnelle où il y a beaucoup de perte de temps, de lassitude et de travail à faire pour redonner confiance ou laisser les confrères davantage en paix sur ce sujet. Les unions ont travaillé également sur ce point.

Elles ont approché la question par le RESI-RISQUE, une étude du risque management. A partir de là, on peut espérer qu'une fraction des populations de médecins, notamment ceux qui sont sur les établissements de santé, pourra être aidée.

Une autre forme sur laquelle on peut travailler est celle du coût du travail et de l'introduction de toutes ces prévoyances ou préventions en introduction du coût réel.

La classification commune des actes, pour les plus anciens d'entre nous, va maintenant séparer d'un côté l'acte réel -la valeur intellectuelle du métier- et de l'autre la valeur du coût du travail. Les syndicats doivent s'impliquer très fortement aujourd'hui dans ce domaine.

La moitié de la valeur de la rémunération accordée par la classification commune des actes doit être celle du coût du travail. C'est sur ce volet du coût du travail que l'on peut aider nos confrères à avoir les moyens d'entrer réellement dans une prévention qu'il faut pouvoir payer.

Les formes d'exercice nouvelles, les SEL, dont on parlera plus longuement en d'autres temps, seront peut-être aussi un moyen de prévention, d'une plus grande précaution et d'une meilleure information.

Enfin, les unions sont également un formidable moyen de communication. C'est un outil. Nous avons des fichiers. Tous les médecins dépendent des fichiers des unions régionales. Sans aucune difficulté, vous trouverez une écoute extrêmement favorable. La preuve en est que, spontanément, les médecins de mon union organisent en janvier prochain une journée sur la retraite des médecins.

L'implication est donc forte et, avec la retraite, on peut y associer toutes les formes de prévoyance.

Je veux dresser un petit tableau de toutes les formes sous lesquelles les unions peuvent agir. Je rappelle que les unions sont les émanations des syndicats. Mais une fois que l'on y est, on devient les représentants de l'ensemble des médecins et cela peut être une façon d'approcher toutes les difficultés que nous supportons aujourd'hui. *(Applaudissements).*

Docteur Gérard LYON

Représentant de l'URML Ile de France, administrateur de la CARMF

Pour compléter ce qu'a dit le docteur Le Maguet, l'URML Ile-de-France a mis en place un numéro vert*, pour répondre aux difficultés professionnelles et aux difficultés de vie des médecins.

Vous avez tous entendu parler du *« burn out »,* que l'on pourrait traduire par syndrome d'épuisement, qui touche une partie de la profession. Une situation où le médecin est débordé par les événements, ou bien s'il éprouve beaucoup de mal à gérer sa vie professionnelle et personnelle.

Les chiffres sont éloquents, il y a de plus en plus de difficultés de vie, de pathologies psychiatriques qui touchent les médecins et beaucoup trop de suicides.

Dans les discussions avec nos confrères on se rend compte qu'ils ressentent un certain « *ras-le-bol* ».

Avec le docteur Régis Mouries, qui préside à l'union la commission « *Cabinet Libéral*», nous avons créé une « Association d'Aide Professionnelle aux Médecins Libéraux » (AAPML) et ouvert un site**, ceci grâce à un financement du Fonds d'Aide à la Qualité des Soins en Ville.

Le docteur Yves Léopold nous avait prévenu qu'il fallait être très vigilant. C'est bien de dépister les difficultés, mais il faut aussi proposer des solutions. Il y a une écoute psychologique 24h sur 24, qui assure un accompagnement des médecins en difficulté. On ne les laisse pas tomber, ils sont dirigés vers des professionnels qui peuvent résoudre leurs problèmes à tous les niveaux : gestion, difficultés d'existence ou prise en charge de soins, les médecins ont aussi besoin d'être soignés.

Aujourd'hui, il y a beaucoup d'appels de toute la France, cela dépasse la région. Nous n'avons pas encore évalué la participation et la progression de tous ces appels. Nous allons faire ce travail très prochainement. Si c'est nécessaire, cela pourrait se décliner par d'autres unions, dans d'autres régions.

Je siège également à la commission *« Communication »* de notre union qui édite une lettre que les 25 000 médecins reçoivent en Ile-de-France. Je proposerai, lors de la prochaine réunion, de faire passer les informations que vous avez eues ce matin.

Au niveau des associations, je suis Secrétaire Général de la Fédération des Amicales des Médecins de Paris, je proposerai de préparer, au cours d'une grande journée que nous organisons le 21 janvier, un thème sur ce sujet.

Nous pourrons présenter toutes les informations de cette matinée qui intéressent tous nos confrères. Merci. *(Applaudissements).*

*le numéro vert : 0 826 004 580
**le site : www.aapml.fr

Docteur Michel CAILLOL

Titulaire au Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins des Bouches-du-Rhône

Cet hiver, j'ai eu un accident de ski qui m'a paralysé le bras. Je remercie la CARMF de son aide. Je fais aussi partie de la commission d'entraide du conseil départemental des Bouches-du-Rhône.

Je me permettrai quelques remarques :

- Bien sûr, tout ce que l'on a entendu ce matin est vrai et souligne les efforts faits par la CARMF et par le Conseil National de l'Ordre des Médecins pour aider nos confrères ou leur famille dans l'adversité, mais je n'y trouve pas d'élément très pragmatique. Je m'adresserai au Président de notre Conseil National pour lui suggérer une opération simple : envoyer une circulaire à chaque médecin lors de son inscription pour lui faire comprendre qu'il n'est pas assuré.

- Je bénéficie des indemnités de la CARMF et je l'en remercie vivement. Mais malheureusement, comme vous l'a rappelé notre ami le Docteur Maudrux, la CARMF est essentiellement une caisse de retraite et joue un rôle, certes honorable, mais mineur dans le cadre des indemnités journalières, avec un délai de carence de 3 mois. Il faut que nos confrères en soient bien conscients.

- Pour rester dans le pragmatisme, je propose qu'à chaque envoi de cotisations par la CARMF, une information soit faite à chaque médecin en lui signifiant que « la CARMF est une caisse de retraite qui fait ce qu'elle peut en cas d'accident avec incapacité de travail, mais ne comptez pas que sur elle : ce serait insuffisant pour vous et votre famille ».

Je poserai en outre deux questions d'ordre technique :

- Pourquoi, en tant que cotisants de la Sécurité Sociale, nous n'avons aucun droit à une quelconque indemnité d'arrêt de travail ?

- Et je demande au Docteur Friguet ce qu'il entend par perte de l'activité professionnelle. Est-ce très sélectif : par exemple, étant chirurgien orthopédiste, je ne peux plus exercer la chirurgie orthopédique, mais pourrais-je avoir une autre activité médicale ? Est-ce un cas d'invalidité définitive ou non ?

Sur le plan pratique, je constate avec plaisir qu'il existe une multitude d'associations d'entraide et j'ai moi-même constitué, avec quelques amis, une association 1901 que j'ai voulu indépendante, la FEMVA (Fondation d'Entraide aux Médecins Victimes d'Accidents corporels) pour aider les médecins à passer le cap des trois mois de carence de la CARMF, sous certaines réserves bien entendu. Cette association organise des soirées festives pour récupérer des fonds et au cours desquelles les gens participent à des ventes aux enchères caritatives.

Enfin, je repose la question à nos amis les Syndicats : pourquoi, en tant que cotisants de la Sécurité Sociale, nous n'avons droit à aucune indemnité d'arrêt de travail ? Il faut répéter auprès des Présidents des conseils départementaux de l'Ordre et de la CARMF, de prévenir nos confrères que nous ne sommes pas assurés.

Peut être nos Syndicats devraient-ils les mettre en garde. Et je me permettrais de les stimuler pour mettre en concurrence les compagnies d'assurances afin d'obtenir les meilleurs tarifs, dans le cadre de notre couverture volontaire d'indemnités journalières.

Je termine en insistant sur la nécessité absolue de prévenir nos jeunes confrères. Quand je reçois des médecins pour leur inscription au conseil départemental des Bouches-du-Rhône, je les mets en garde et leur dit qu'ils ne sont pas assez assurés malgré les efforts de la CARMF. Je crois que l'on ne focalise pas suffisamment sur cet aspect. Je remercie tout particulièrement la CARMF, le Conseil National de l'Ordre des Médecins et les Syndicats de m'avoir permis de m'exprimer. *(Applaudissements).*

INTERVENTION DU PRÉSIDENT DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS

Professeur Jacques ROLAND

Cette intervention nous interpelle particulièrement puisqu'il s'agit d'une réalité. On voit bien que ce que l'on a fait ensemble jusqu'à présent ne suffit pas. Il y a des lacunes en termes de couverture, d'information, de prévention, etc.

Gérard Maudrux et moi-même devons tirer des conclusions. La mienne sera en termes de pro activité. C'est très bien de parler de tout cela ensemble. Mais que fait-on ?

Premièrement, il faut faire l'analyse des endroits où nous pouvons agir très visiblement. Plusieurs ont insisté sur le fait de prévenir les jeunes qui s'installaient. Vous nous avez demandé de renouveler l'information.

Je dirai que c'est un domaine et un temps où il faut informer, mais c'est déjà un peu tard. Il faut en effet que nous trouvions le moyen, au moment des troisièmes cycles des études médicales -au moment de la professionnalisation- de prévenir les jeunes.

Or, si la médecine générale s'installe dans ce troisième cycle au même titre que les spécialités, elle a un intérêt, elle est en train d'inventer quelque chose. Ainsi, dans les trois années de formation, l'Ordre des médecins, les syndicats, les organismes professionnels, peuvent apporter une information.

Certes, la médecine générale, c'est à peu près la moitié des effectifs de ceux qui sont en formation professionnelle. Cependant, les autres spécialités, à aucun moment, n'ont dans leur maquette de formation, cette information professionnelle détaillée, venant de nous tous ici présents, qui leur permettront d'éviter tous ces ennuis.

Je crois qu'en termes de pro activité, c'est le fait que l'Ordre interviendra. Je me tourne vers Gérard Maudrux et vers les représentants de la CARMF : nous devons tous être présents dans les différentes maquettes des DES. Il n'y a pas que des généralistes qui peuvent avoir des ennuis, un chirurgien orthopédiste en a eu.

Il faut montrer que information vers les jeunes n'est pas vulgaire. Ils ne tiennent pas à cette information. Ne croyez pas que les jeunes accueillent cette information avec plaisir. Ils ne sont pas là pour cela, comme ils disent. Et chacun de nous l'a partagé : notre angoisse ne concernait pas notre propre sort, mais celle d'être compétent quand on rencontre les malades.

Un de nos premiers défis est donc celui de l'information. Faisons-la suffisamment vite et au bon moment, là où on aura un peu de temps pour apporter des éléments pratiques.

Lorsque le jeune aura reçu un certain nombre d'informations sur sa propre responsabilité vis-à-vis de son métier, de lui-même et de sa famille, et quand le conseiller ordinal, dont le dévouement est constant -lui-même a été aidé par cette information- lui dira : *« Avez-vous bien reçu cette information ? Qu'est ce que vous en pensez ? Qu'allez-vous faire demain matin ? Allez-vous vous inscrire, vous assurer, etc. ?».*

Ainsi pourrons-nous faire un retour et voir, au fur et à mesure que grâce aux conseillers départementaux qui accueillent les jeunes médecins, le national aura alors de quoi alimenter une information globale et de prendre des mesures si l'on trouve que même cela ne fonctionne pas suffisamment.

Nous avons déjà là quelque chose à faire, ce qui n'empêche pas de retrouver les gens et d'être extrêmement vigilant au moindre signe, au moindre petit clignotant.

Faisons très attention. Comment est la situation psychologique de celui qui ne paie plus ? Si on lui téléphone, il pensera plutôt à un huissier ou qu'il encourt des remontrances. Nous sommes dans une situation faussée. Il faut s'en rendre compte et donc être les meilleurs possibles.

C'est de la bienveillance que nous devons leur apporter. On ne soutient pas les mauvais payeurs en disant cela ; on est bienveillant car notre premier regard est celui d'une recherche de compréhension et ensuite d'une explication. Je ne saurai trop insister là-dessus. *(Applaudissements).*

INTERVENTION DU PRÉSIDENT DE LA CARMF

Docteur Gérard MAUDRUX

Notre confrère a résumé sur le plan pratique le but de la réunion d'aujourd'hui. Effectivement, nous estimons que nos confrères sont mal informés, ne savent pas sur quoi porte leur couverture, ce sur quoi ils sont couverts, ce qu'ils auront en cas de maladie, etc.

Nous souhaitons qu'ils puissent pallier les carences de nos divers organismes. C'est le but de cette réunion qui doit déboucher pour nous, pour l'Ordre, pour les différentes organisations -nous l'avons entendu pour les unions- sur des publications pour dire aux confrères qu'il y a tel problème, que quand ils sont malades, ils ne sont pas couverts, que la CARMF n'est pas une caisse d'assurance maladie, mais une caisse de retraite.

Il y a des solutions alternatives. Nous allons en parler. Nous avons invité des organismes, souvent gérés par des confrères qui sont là pour faire le lien avec la CARMF, dont le minimum relève de l'invalidité mais pas de l'indemnité journalière. Tous ces outils existent. Les confrères sont mal informés. Le but de cette réunion est que demain, ils regardent ce qui existe et qu'ils fassent le nécessaire.

J'ai déjà dit que la CARMF n'est pas une caisse maladie. Quelqu'un a souhaité que l'on ait une couverture maladie indemnité journalière. Cela relève plus des syndicats, mais aussi de la profession libérale. C'est propre aux libéraux. Il n'y a pas d'indemnité journalière.

Je ne vois pas pourquoi on cotise à des caisses maladies. Je suis pour l'assurance libre comme pour l'assurance voiture. Je pense que pour les indemnités journalières, aussi bien pour les salariés que pour les libéraux, il devrait y avoir une cotisation. *«Je prends, je ne prends pas, je m'assure collectivement »*.

C'est un combat syndical et politique parce que cela concerne toutes les professions libérales et pas seulement les médecins.

Je réponds à la question sur les indemnités professionnelles. Jusqu'à maintenant, il fallait être sourd, muet, aveugle ou paralysé, pour bénéficier du régime invalidité de la CARMF. Depuis l'année dernière, c'est devenu une invalidité professionnelle.

Pour le chirurgien qui perd une main, - même s'il peut faire de la médecine générale, je crois qu'il n'en est pas capable et il vaut mieux qu'il n'en fasse pas - on a prévu cette couverture. Il s'agit d'une invalidité professionnelle lorsque le professionnel ne peut plus exercer son métier. Le métier de chirurgien est différent du métier de généraliste, du radiologue ou d'autres spécialistes.

C'est ainsi que nous avons vu les choses à la CARMF et que nous avons souhaité améliorer cette couverture.

Le débat sur la couverture maladie revient souvent à la CARMF : 90 jours, 60 jours, 30 jours, 15 jours. Le fait-on ? Ne le fait-on pas ?

C'est le problème de la maladie, ce n'est pas notre métier. D'autres le font. Certains confrères s'en occupent dans divers organismes, je leur donnerai la parole. Nous avons toujours décidé d'en rester là.

Cela étant, il y a effectivement un défaut d'information et c'est le but de la réunion de ce jour.

Nous avons invité des mutuelles et des assurances. L'Association Générale des Médecins de France (AGMF) est présente.

La couverture qui manque entre le premier et le quatre-vingt-dixième jour, existe. C'est peut-être à nous, bien que nous ne soyons pas ici pour faire de la publicité pour d'autres organisations, de le faire dans l'intérêt des confrères. *(Applaudissements).*

DISCUSSION

Docteur Jackie AHR

Membre de la Commission d'Entraide du CNOM,
Président du Conseil Départemental de l'Ordre des médecins de la Marne

Elle n'existe pas pour tout le monde. Il y a une limite d'âge.

Docteur Jean COLSON

Vice-président de l'AGMF action sociale

Je m'occupe de l'entraide au sein de l'AGMF depuis plus de dix ans. Le président de l'AGMF, Docteur Bruno Gaudeau, a souhaité que le docteur Jean-Pierre Belon et moi-même parlions de l'AGMF.

Je vais présenter l'aspect entraide, après tout ce qui a été dit à ce pupitre d'une manière magistrale par mes prédécesseurs.

Je veux insister sur deux points. Premièrement, nous ne distribuons pas que des chèques. Nous avons, au sein du service social de l'AGMF, une action de soutien psychologique et moral très importante, qui est réalisée par mon assistante sociale, Mme Pacault. Nous avons aussi des interventions auprès des banques ou auprès de la justice pour certaines situations quelquefois très complexes.

Deuxièmement, j'insiste sur le fait que notre action d'entraide ne peut être vraiment efficace que si nous sommes partenaires avec, en particulier, les Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins, le Conseil National, la CARMF, l'AFEM et tous les organismes existant en France qui sont là pour aider les médecins, les conjoints ou les enfants de médecin.

C'est à ce titre que je me félicite de cette réunion. Je remercie vivement les organisateurs et je souhaite que nous refassions ce type de réunion assez souvent dans les années à venir.

Comme l'a dit le Président Roland, cette éducation doit commencer relativement tôt afin que les étudiants en médecine prennent conscience de tout ce qu'il faut faire en termes de prévention des risques à venir.

Je laisse la parole à mon collègue, le docteur Belon.

Docteur Jean-Pierre BELON

Vice-président de l'AGMF- GPM

Je n'insisterai pas sur le constat fait au cours de la matinée, constat que nous, organismes de prévoyance mutualistes, ferions. Il serait le même. Les exemples seraient à peu près identiques.

J'insisterai sur deux points :

Premier point : l'augmentation de la sinistralité que nous constatons dans nos organismes, concernant les indemnités journalières et l'invalidité. On parlait de cette augmentation récemment avec la CNP. Elle s'observe dans toutes les autres classes socio-professionnelles. C'est un phénomène de société. Il est évident qu'il faut y réfléchir.

Nous sommes dans une société où nos politiques -bien que le vieillissement et les chiffres nous incitent à dire que l'on va travailler plus longtemps- continuent à faire l'apologie de la retraite à 60 ans. Le médical n'y échappe pas. La disparition du MICA y est pour quelque chose. Il y a un élément de réflexion et le constat est commun à la CARMF et à notre organisme.

Deuxième point : le professeur Roland a évoqué la nécessité d'une synergie dans notre communication, en particulier en direction du troisième cycle des études médicales, pour sensibiliser les jeunes confrères. Cela me paraît essentiel.

Un autre domaine, autre pôle de la vie sur lequel il faudrait insister auprès de nos confrères imprévoyants, c'est la nécessité, aujourd'hui, dans nos sociétés -que l'on soit médecin ou que l'on ait une autre profession- d'avoir une garantie dépendance. Le monde médical n'échappe pas à cette obligation. Il faut que nous les sensibilisions à ce problème.

Le Docteur Colson nous a parlé de l'importance de notre action relative à l'entraide. C'est une particularité de l'AGMF-GPM, seule organisation professionnelle qui soit régie par le code de la mutualité. Quand elle a été créée en 1865, elle s'appelait *«Société de secours mutuel d'entraide ».*

Au sujet de l'entraide, on pourrait, au lendemain de cette journée, réfléchir à une formalisation de la coordination entre nos différents organismes. Cette coordination s'organise de manière informelle au niveau départemental, entre nos sociétés départementales et les Ordres. Elle s'organise au niveau national. Mme Pacault, notre assistante sociale, rencontre ses homologues de la CARMF et de l'Ordre.

Mais nous pourrions formaliser cela sous forme d'une commission permanente qui pourrait être un observatoire de cette imprévoyance soulignée aujourd'hui. Elle serait surtout un lieu d'échange de nos différentes structures, des réponses et des stratégies que nous comptons les uns et les autres développer. Voilà pour un avenir proche.

Je ferai une autre proposition. Le constat, aujourd'hui -on nous a dit qu'il était commun à tous- nous impose un devoir d'alerte. Je crois beaucoup à la synergie de communication, comme le professeur Roland. Je me demande si le message ne serait pas plus fort s'il apparaissait au lendemain de cette journée dans nos médias professionnels, cosigné par l'ensemble des organismes professionnels qui le souhaiteraient, sous une forme dénuée de tout aspect commercial. A l'AGMF-GPM, nous sommes convaincus de la nécessité de cette synergie. Nous sommes prêts à y réfléchir et à mettre cela en oeuvre dans les semaines qui viennent.

Voilà mon message : une campagne de communication à usage de nos confrères qui relaieraient dans les semaines qui viennent cette matinée à laquelle je vous remercie de nous avoir conviés. *(Applaudissements).*

Docteur Gérard MAUDRUX

Président de la CARMF

Y a-t-il d'autres questions ?

Docteur Antoine LESORT

Délégué de la Haute-Vienne

En voyant le nombre d'interlocuteurs qui s'occupent d'entraide, je me dis que vous proposez à celui qui a vraiment un besoin dans l'immédiat un parcours du combattant pour aller frapper aux différentes portes ! Ne serait-il pas possible, puisque nous sommes réunis ici, de mettre en place un numéro vert pour les personnes qui ont véritablement besoin d'une aide immédiate ? Après, entre vous, vous prendriez en charge ce dossier en fonction de sa particularité. Concernant l'Ile-de-France, il y a de nombreux appels de confrères qui ont besoin d'aide. Quel type d'aide demandent-ils ? Quel est le type de confrères qui appelle ?

Docteur Yves LÉOPOLD

Vice-président de la CARMF

On va répondre sur la structure d'écoute. Pour la coordination, il y a une solution avec les initiatives locales. La plupart du temps, dans les conseils départementaux -je dirai ensuite un mot sur ces conseils et leur domaine d'action possible- il y a souvent un représentant ou un délégué de la CARMF.

Dans chacun de ces conseils départementaux, avec l'aide technique de la CARMF, pourrait être formé quelqu'un qui soit plus au courant des techniques de recours au niveau des Fonds d'Action Sociale, des Commissions de Recours Amiable ; un correspondant privilégié des médecins en difficulté.

Le Conseil de l'Ordre a très tôt la connaissance des médecins en difficulté, du fait du non-paiement de leur cotisation au Conseil de l'Ordre. Dans le Conseil de l'Ordre du Vaucluse, dont je fais partie, on recense tous les médecins en difficulté de paiement. Je m'intéresse au fait qu'ils soient aussi en retard à la CARMF. On les invite à nous exposer leurs difficultés.

Nous avons mis en place une structure particulière : l'assistance d'un comptable payé par le Conseil de l'Ordre pour aider ces médecins à faire un bilan, permettant parfois de trouver des solutions non coûteuses, dans un rééquilibrage des dépenses ou une meilleure déclaration d'impôts.

Le but de cette réunion est de promouvoir ce type d'initiative locale un peu partout et de dire : *« Ayez de l'imagination, communiquez sur des messages simples, la CARMF c'est bien mais ce n'est pas nécessairement suffisant. Etre en retard, c'est une responsabilité vis-à-vis de votre famille ».* Il ne faut pas dix pages dans un bulletin du conseil départemental, il faut un encadré répétitif. On faisait le reproche d'une mauvaise communication, mais cette communication existe. Les gens ne lisent pas forcément ce qu'on leur envoie. On leur dit cent fois, mais ils n'entendent peut-être pas. C'est la répétition, la coordination de cette communication qui produira un peu d'effet.

Docteur Gérard LYON

Représentant de l'URML Ile de France, administrateur de la CARMF

Je siège à la commission *« Cabinet Libéral »* qui a mis en place ce numéro vert. Nous n'avons pas encore d'évaluation suffisante. Ce que je peux vous rapporter, c'est que, comme dans d'autres régions, il y a des difficultés de vie pour les médecins en activité. Entre autres, il y a beaucoup d'incivilités. A Paris, quelques médecins ont subi des agressions. Cela a été relaté dans la presse. Le conseil départemental de l'ordre s'en est aussi beaucoup inquiété. Les problèmes existent également dans des cabinets de certaines banlieues difficiles.

Il y a aussi des médecins en difficultés personnelles de vie ou de maladie. Nous les orientons vers les services adaptés. Je ne peux pas vous donner le détail, mais nous nous chargerons de communiquer, auprès de tous les médecins d'Ile-de-France, l'évaluation du dispositif d'ici quelques mois. Lorsque nous avons lancé ce numéro vert, il y a eu une présentation à la presse et une communication par la lettre de l'union. Pour plus d'information, vous pouvez aussi consulter le site Internet de l'union : www.urml-idf.org sur lequel nous publierons les résultats.

Madame Catherine DENION

Présidente de l'ACOMED

Nous sommes intervenus tout à l'heure en tant qu'ACOMED. J'aimerais répondre à un intervenant précédent. Je crois qu'il existe déjà des structures. La question est de les connaître et il est important que la diffusion se fasse. Nous avons eu le cas cet hiver d'une personne qui a perdu brutalement son mari médecin. On a mesuré la difficulté que représentait le manque d'information pour tout le monde.

Cette personne a déploré la qualité des renseignements qui lui ont été donnés par le Conseil de l'Ordre du département où exerçait son époux. Mais, elle a été tout à fait satisfaite des réponses que nous avons pu lui apporter. Je ne suis pas là pour dire que nous avons les réponses à tous les problèmes, mais nous vivons très concrètement les difficultés du conjoint d'un médecin confronté à la maladie, ou le veuvage. Nous sommes amenés à connaître un certain nombre de choses, à savoir notamment vers qui orienter les gens, comment les conseiller. Je voulais rappeler que nous sommes là et que l'on peut apporter ce type d'information.

Docteur Jackie AHR

Membre de la Commission d'Entraide du CNOM,
Président du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de la Marne

Depuis ce matin, on ne parle que de l'imprévoyance des médecins. Pour ma part, je suis très étonné que l'on ne parle pas de l'imprévoyance des compagnies d'assurance et des mutuelles qui ne vivent que du monde médical et qui ne prévoient pas l'avenir ? Les médecins vieillissent, la limite d'âge d'exercice est prorogée. Il n'y a aucune assurance qui accepte les médecins de plus de 65 ans pour le délai de latence de 90 jours. C'est inadmissible.

S'agissant de la communication, la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, à la demande de l'Ordre National, s'est engagée à donner toutes les informations aux médecins installés et à tous les médecins remplaçants.

Sachez que les hommes remplacent jusqu'à 42 ans et les femmes jusqu'à 39 ans avant de s'installer ! Ils ne reçoivent aucune information des caisses, de l'URSSAF et de la Haute Autorité de Santé (HAS). Je pense que les organismes qui sont ici feraient bien d'en faire autant.

Parlons maintenant des remplaçants non thésés, problème que les conseils départementaux connaissent. Cela dure au maximum trois ans. La Caisse Nationale s'est engagée à prendre des arrangements avec les conseils départementaux pour essayer de diffuser ces nombreuses informations à tous les médecins.

Dernier point. Dans mon département, la Marne, les médecins ne savent pas qu'ils peuvent s'inscrire aux accidents de travail auprès de la Caisse de Sécurité Sociale. Ce doit être une demande volontaire.

A ce moment là, ils profitent absolument de presque tous les avantages réservés aux salariés. Merci. *(Applaudissements).*

Docteur Gérard MAUDRUX

Président de la CARMF

La cotisation est d'ailleurs très faible. Je crois qu'elle est de 0,5 %.

Docteur Jacqueline FERRAND

Déléguée de la Vendée

Oui, mais elle ne vous donne pas d'indemnités journalières pour les accidents du travail ; elle permet simplement des rentes pour les enfants.

Pour ma part, je me pose des questions concernant le conjoint salarié quand il arrive à la retraite. En cas de décès de son conjoint, il n'a droit à rien et s'il a une petite retraite, il se retrouve avec une baisse de revenus importante. Il n'existe pas de possibilité de cumul, même si le conjoint a une petite retraite parce qu'il aurait moins travaillé.

Docteur Gérard MAUDRUX

Président de la CARMF

Il y a d'une part les droits propres qui courent, mais aussi les droits dérivés, c'est-à-dire la pension de réversion qui est de 54 % dans le régime de base, de 60 % dans le complémentaire et de 50 % dans l'ASV pour toutes les veuves. Ni plus ni moins.

Dans le régime de base, il y a un plafond de cumul, mais si la retraite est petite, le plafond ne sera pas atteint. Nous l'avons augmenté considérablement l'année dernière. Tout cela est prévu et relève presque du régime général. Le traitement est le même pour tous les Français, mais il existe : c'est la pension de réversion.

Si on veut une pension à 75 % ou une pension totale, c'est un autre problème. La solution est dans le statut du conjoint collaborateur. Les textes sont en train de sortir. Vous pourrez prendre une part du revenu de votre conjoint pour cotiser. Si un médecin a un revenu de 100 et qu'il a un conjoint collaborateur, ce conjoint pourra prendre un revenu de 30, 40, 50 et cotiser dessus. On va partager, chacun aura sa cotisation et ses droits propres. Cela va sortir. Ce n'est pas encore parfait et on va essayer de l'améliorer.

Un intervenant

Mais si le conjoint n'est pas collaborateur.

Docteur Gérard MAUDRUX

Président de la CARMF

Si le conjoint n'est pas un collaborateur, c'est une réversion.

Docteur Georges DREVON

Délégué de la région de Lyon

Il est curieux au cours d'un colloque sur l'imprévoyance, de parler de l'imprévoyance de la prévoyance. Nous avons cotisé pendant toute notre carrière pour avoir une retraite d'un certain niveau. Or, cette retraite a été rabaissée pour des raisons que nous avons acceptées avec un certain sens de la solidarité. Or, depuis quelque temps, les conditions économiques de la CARMF ont été modifiées. Elles devraient être modifiées, d'abord par le réajustement des cotisations. Monsieur le président, vous aviez promis la non augmentation des cotisations. En réalité, ces cotisations ne sont pas réajustées en fonction de la dévaluation. Il devrait donc y avoir une réévaluation sur le pouvoir d'achat, comme elle devrait avoir lieu pour les allocations.

D'autre part, il y a une augmentation du *" C "* de la consultation, qui est un apport immédiat.

Ensuite, il y a l'augmentation du numerus clausus qui est un apport à distance pour le futur.

On vient d'assister à une augmentation massive de l'immobilier. Avec le docteur Fradin, nous avions parlé il y a six mois d'une augmentation probable de la bourse. Or, la bourse a fait un bon merveilleux en prenant 20 % contre 18 % l'année dernière. Toutes ces augmentations pourraient peut-être permettre de réévaluer nos retraites.

Docteur Gérard MAUDRUX

Président de la CARMF

Il y a un petit problème de timing. Je pense que vous vous êtes trompé de réunion : vous êtes surpris que l'on parle d'imprévoyance de la prévoyance. Je suis surpris de voir que l'on parle de retraite ici. Vous pourrez vous exprimer cet après-midi en assemblée générale. *(Applaudissements)*

Docteur Francis CHALLIOL

Président de la Fédération des Associations Régionales d'Allocataires de la CARMF

La prévoyance ne nous regarde plus. Ce qui nous regarde ce sont les conséquences de l'imprévoyance de confrères qui, maintenant, sont à la retraite et dans de grosses difficultés.

Dans toutes les régions de France, nous avons une association régionale qui s'occupe, aux plans moral et matériel, de ceux qui ont été malheureusement et fréquemment les victimes de l'imprévoyance. Les anciens ne s'éloignent pas de ceux qui, dans leur vie, ne se sont pas toujours comportés avec beaucoup d'intelligence. Mais il faut les aider, ce que nous faisons. *(Applaudissements).*

Docteur Gérard MAUDRUX

Président de la CARMF

Pour prolonger le débat de cet après-midi, j'ai accepté l'invitation des associations des retraités pour répondre à leurs questions dimanche matin.

Monsieur Marc TILMAN

Vice-président de l'ACOMED

Pour l'information sur l'entraide, il faut se rapprocher des conseils départementaux, où il existe une commission d'entraide.

Ils sont à l'écoute et sont prêts à aider ou à apporter leur aide sous toutes ses formes. Moi-même, j'assiste à ces réunions avec Mme Pacault.

Nous avons été à une réunion au printemps pour aider des médecins qui ne veulent pas parler de leurs difficultés.

Je connais un médecin atteint d'une leucémie foudroyante. Nous avons pu l'aider.

Rapprochez-vous des conseils départementaux qui peuvent aider les médecins ou leurs proches ainsi que du Conseil National qui renforce le départemental.

Docteur Jean SANTONJA

Délégué du Gard

J'ai été marqué par l'incidence de la psychiatrie ; nous l'avons vu tout à l'heure dans les tableaux.

Je suis surpris que l'on puisse faire des études médicales sans avoir un dépistage psychologique de nos futurs médecins.

Cela reste un grave problème. *(Applaudissements).*

Je suis installé à Nîmes depuis vingt-et-un ans.

Nous avons de graves dépressions, des problèmes d'alcoolisme, de nombreux suicides et des psychoses qui passent inaperçues. On peut faire de brillantes études médicales et avoir une psychose. C'est très grave, surtout quand on est en cabinet libéral.

J'ai signalé à un membre du Conseil de l'Ordre qu'un confrère était en difficulté, non parce que je l'avais vu à titre médical, mais parce que certains de ses patients me rapportaient des propos évoquant un délire. Ce membre du Conseil de l'Ordre m'a répondu : *« Mais c'est un garçon extrêmement sympathique, il mesure 1,85 m, il est en forme. Que veux-tu que l'on fasse ? »* Les psychoses ne mesurent pas 1,50 m. On peut être à la fois très beau, très en forme et être psychotique. Aucun dépistage ne se fait.

Il y a beaucoup de compassion sur les maladies cancéreuses et cardiaques. Il reste encore de nombreux préjugés sur les maladies psychiatriques avérées. Je ne sais pas quelle prévention on pourrait envisager pour éviter qu'il y ait une incidence pareille dans nos statistiques.

Enfin, un mot méridional. Beaucoup de médecins, sont « *layés* ». Dans notre langage méridional, cela veut dire à la fois qu'il y a de la fatigue, de la lassitude et de l'agacement. C'est une preuve peut-être que, dans notre profession, il existe des facteurs de risques qui ne sont pas pris en compte. C'est un dépistage un peu autre, que l'on pourrait mettre en chiffre pour essayer de mieux agir. *(Applaudissements).*

Professeur Jacques ROLAND

Président du Conseil National de l'Ordre des Médecins

Je répondrai en partie à votre question qui n'est pas facile. Autant pour quelqu'un en exercice, nous avons des possibilités d'agir, autant pour quelqu'un qui ne l'est pas et est encore étudiant, il n'y a aucune possibilité légale d'agir, à aucun moment et dans aucune filière, pas plus que pour un futur pilote par exemple. On ne pourrait l'écarter des études pour je ne sais quelle raison. Cela n'existe pas. Une fois que l'on a dit cela, il faut trouver des solutions.

Nous avons déjà des solutions possibles, non pas de repousser des jeunes. Je suivais, en tant que doyen, sept ou huit jeunes qui avaient ces problèmes de maladies psychiatriques reconnues. Nous avons la possibilité de trouver, à l'issue de ce que l'on appelle les études de base, une orientation qui leur permettra d'aller vers une autre carrière que celle de soignant. Ce n'est pas simple du tout, naturellement.

Il est beaucoup question du LMD, cette nouvelle organisation des études. C'est peut-être l'une des voies possibles qui nous permettra d'empêcher quelqu'un d'accéder à une carrière où il risque de mettre la santé de ceux qu'il soigne en danger. Nous n'avons pas encore la solution.

Personnellement, ce que je faisais, tout à fait en dehors de la juridiction, lorsqu'en troisième cycle, on repérait un jeune et que l'on était sûr qu'il ne pouvait plus continuer - cela demande un courage presque *« physique »* - on refusait les stages afin que les études soient interrompues. C'est le seul moment où l'on peut empêcher un jeune de continuer. Nous l'avons fait. Ce sont à chaque fois des difficultés immenses. J'ai d'ailleurs été aidé par mes amis du conseil départemental, avec les commissions, mais c'était totalement illégal.

Naturellement, si les jeunes et leur famille - ils sont accompagnés de leur famille quand ils ont ces difficultés-là - avaient voulu intenter des recours, nous aurions été probablement cassés dans nos décisions.

La seule solution actuelle est le courage des chefs de service pour refuser le stage. C'est cela ou alors le doyen est obligé de casser un stage validé. Cela m'est arrivé une fois. Je vous assure, sachant que c'est souvent les avocats qui viennent vous voir, qu'il n'est pas très facile de prendre ce type de décision.

Quoi qu'il en soit, nous n'avons pas de réelle solution. Je ne sais pas comment elle va arriver.

Toutes les pistes que nous avions suivies n'ont débouché sur rien. Mais vous avez eu raison de nous le rappeler car cela fait partie aussi de notre analyse aujourd'hui. A nous de continuer à essayer de trouver la piste que je n'ai pas encore. *(Applaudissements).*

Docteur Yves LÉOPOLD

Vice-président de la CARMF

Une réponse à propos des attitudes des commissions vis-à-vis de la maladie mentale. Bien évidemment, nous essayons de nous prémunir de tout préjugé à cet égard. Il est moins facile de juger un cas de dépression au Fonds d'Action Sociale ou à la commission d'invalidité qu'un cas de cancer parce que nous avons moins d'éléments objectifs, mais nous essayons de nous mettre à l'abri de préjugés quand il s'agit d'aborder ces problèmes difficiles.

Docteur Gérard MAUDRUX

Président de la CARMF

Cette remarque rejoint celle concernant la prise en charge des non thésés. C'est un débat qui a souvent eu lieu à la CARMF. A partir de quand les prend-on ? Remplaçant, non remplaçant, etc.

En prenant en charge ces confrères, on prend en charge tous les cas psychiatriques de gens qui ne peuvent pas exercer la médecine, qui ne passeront jamais leur diplôme et on les prend en charge à vie. C'est un coût extrêmement important qui nous a chaque fois rebutés. Ce débat reviendra, car il est intéressant.

Docteur Olivier CANET

Délégué des Hauts-de-Seine

Merci de votre réponse. Le seul point faible de ce dispositif est que, hélas, le courage n'est pas le plus partagé en France. Ce n'est pas forcément partout que l'on rencontre quelqu'un qui a du courage pour servir un intérêt public.

D'après ce que vous avez dit, il existe un déficit dans la connaissance de la date de début d'exercice qui permet éventuellement d'ouvrir des droits ou de faire étudier les cas par les commissions ad hoc. Je propose qu'il y ait une demande de transmission des dates de début d'exercice pour les remplaçants par ceux qui traitent les feuilles de soins. Cela peut être les URML, puisqu'ils peuvent avoir les informations sur les flux des actes, ou les caisses de sécurité sociale.

Je pense qu'il devrait y avoir -si ce n'est déjà fait- des modules de formation comportant de la comptabilité, de la gestion, du droit et de l'organisation administrative, par le biais de la formation des médecins et, pour ceux qui sont en exercice, par le biais de la formation continue, même pour ceux qui ont déjà eu le module initial. Deux points m'ont étonné dans ce que j'ai entendu : dire que les montants des frais mis en tontine seraient déductibles des impôts ne me paraît pas exact ! Ce n'est pas déductible des impôts mais du chiffre d'affaires ; cela revient à des frais, ce n'est plus pareil. J'ai aussi entendu que la caution fait partie de la succession. Cela me paraît ambigu. Si une caution est donnée par le père, l'héritier n'est pas tenu de rester caution de ce pour lequel le père a été caution. Dans ce sens, la caution ne fait pas partie de la succession.

Docteur Yves LÉOPOLD

Vice-président de la CARMF

Concernant la tontine, on s'est mal exprimé sur la tontine ; les sommes reversées au titre de la tontine sont déductibles au titre de reversement d'honoraires, déductibles des revenus, bien évidemment.

Docteur Louis CONVERT

Délégué de la région de Bordeaux

Une remarque sur l'imprévoyance relative qui me paraît très importante vis-à-vis de nos jeunes confrères qui ont des à priori devant les retraites. Il faut savoir que la retraite donnée par la CARMF représente en moyenne 156 000 francs par an, que les frais incompressibles se présentant au premier janvier (foncier, voiture, habitation principale, etc.) s'élèvent à près de 50 000 francs. Au total il reste, avant impôts, 100 000 francs pour l'année. Si l'on enlève les impôts directs, il reste 9 000 francs par mois à nos confrères -je ne me suis pas encore mis aux Euros.

Cela veut dire qu'ils vont vivre certainement vingt ans en moyenne avec leur retraite.

Veulent-ils se contenter de 9 000 francs par mois pendant vingt ans ? Le problème est de savoir de combien ils veulent disposer et mettre les moyens pour prévoir le niveau de vie qu'ils souhaitent.

Docteur Gérard MAUDRUX

Président de la CARMF

En tant qu'ancien administrateur de la CARMF, tu devrais savoir que la retraite moyenne de la CARMF n'est pas de 150 000 francs mais de 180 000 francs par an, soit 20 % de plus. Tu as parlé de début d'affiliation. L'Ordre nous prévient pour les remplaçants, etc. Mais il y a un croisement des fichiers du fait des cotisations différentes selon le secteur I, le secteur II, etc., avec la CNAM. Celui qui émet une feuille de soins imprimée à son nom, est automatiquement, par les réseaux informatiques, en fichier chez nous. Nous n'avons donc plus ce genre de problème. Ceux qui passent entre les gouttes sont très rares... Ils ne font pas de feuille de soin, ils font celles des autres ; ce ne sont que quelques remplaçants professionnels.

Un intervenant

Je reviens sur le problème évoqué par un confrère concernant les gens qui iront au-delà de 65 ans. Nous sommes beaucoup encore à envisager d'aller au-delà de 65 ans : les conditions maritales, les gens divorcés, les enfants qui arrivent plus tard… Quand je m'étais posé la question, j'avais téléphoné à l'Union Nationale pour les Intérêts de la Médecine (UNIM) et j'avais été très étonné car on m'avait répondu que personne n'avait réfléchi à ce problème. Je suis très surpris que l'on ne se rende pas compte que, malgré ce que les gouvernements nous servent pour la Société Nationale Maritime Corse Méditerranée (SNCM) par exemple -trente jours de repos, trente jours de travail- il y a d'autres gens en France dont ce n'est pas le cas et qu'aucune de nos compagnies ni aucune de nos mutuelles ne se soit posée la question. A l'UNIM, on m'a dit : *« Circulez, il n'y a rien à voir ».* Je serais curieux de voir si tous les gens dans la salle vont s'arrêter à 65 ans. L'UNIM est un organisme installé en région Lorraine, qui assure sur toute la France des prestations complémentaires comme le font la mutuelle du corps médical français (la MACSF), etc.

Docteur Gérard MAUDRUX

Président de la CARMF

Tu rejoins une question qui n'a pas encore eu de réponse concernant la couverture maladie et les indemnités journalières après 65 ans. Je ne suis pas assureur, je ne sais pas si les assurances ont la réponse. J'ai une réponse concernant notamment notre régime invalidité-décès, avec un abattement des prestations après 65 ans. J'ai trouvé cela scandaleux. Un confrère chirurgien m'a alerté en me demandant : *« Pourquoi, si j'ai moins de 65 ans, je touche 82 € par jour, et là, sous prétexte que j'ai plus de 65 ans, je ne touche que 41 € par jour ? ».* Cela m'avait choqué. Nous avons étudié cela avec les services de la CARMF. On m'a expliqué qu'il y a une logique, c'est celle des assureurs. Quand on arrive à 65 ans, on peut faire valoir ses droits à la retraite. Il ne faudrait pas que des confrères, sous prétexte qu'il existe un régime qui va leur servir plus que leur retraite, jouent un peu avec cela et se mettent, à partir de 65 ans (alors qu'ils ont cotisé pour la retraite et ont des droits) à bénéficier de régimes, notamment du régime invalidité-décès, avec des prestations supérieures à la retraite.

Tu tombes malade après 65 ans, il est peu probable que tu reprennes -ce qui n'était pas le cas de mon confrère chirurgien qui souhaitait bien reprendre. Très honnêtement, il était un peu lésé. Si l'on prend chaque cas particulier, on est souvent injuste.

Cependant, dans l'intérêt général, on doit envisager toutes les situations. A partir de 65 ans, certains attendraient de tomber malade -on a plus de chance d'avoir une petite maladie après cet âge- et se mettraient trois ans en indemnités journalières. Ils toucheraient plus qu'à la retraite et ensuite feraient valoir leurs droits à la retraite. C'est le problème sur lequel on bute. C'est pourquoi on abat les droits. Deuxième problème qui n'avait pas été évoqué et que j'ai exposé : dans la mesure où on lui donne moitié moins, pourquoi lui prendre la même cotisation ? Cela n'a pas été encore résolu à la CARMF. La cotisation est calculée sur une carrière et non pas année par année. Si on calculait année par année, elle augmenterait en fonction de l'âge. C'est ce que font certains assureurs. Nous avons choisi de payer le même taux pour tous les âges, ce qui fait un taux moindre au plan global. Un assureur souhaitait donner sa réponse…

Docteur Gilles BETHUNE

Vice-président du conseil départemental du Pas-de-Calais, vice-président de l'AGMF / GPM

Toutes les compagnies d'assurance privées, mutualistes, arrêtaient leurs assurances, indemnités journalières et autres, à 65 ans. Jusqu'à maintenant, la retraite légale en France était à 65 ans. Il faut aussi souligner un autre point : le coût de l'assurance augmente de façon exponentielle à partir de 65 ans, aussi bien pour l'incapacité temporaire que pour le décès ou autres assurances. En effet, les médecins ont tendance à prolonger leur activité. A l'avenir, il y a des chances que l'on voit des médecins aller jusqu'à 67, 68, peut-être jusqu'à 70 ans. C'est un problème que nous avons dans notre société. Nous allons y réfléchir. Je ne connais pas la solution que nous adopterons mais le problème existe.

Par ailleurs, je veux répondre à certains médecins. Nous avons choisi, pour la plupart d'entre nous, le régime de l'activité libérale par rapport à l'activité salariée.

Dans « libéral », il y a liberté ; nous sommes très contents d'être libres, mais cela nous impose des obligations, notamment d'assurance. Si nous demandons aux organismes officiels, caisses primaires d'assurance maladie ou autres organismes sociaux publics de nous indemniser dès que nous en avons besoin, nous aurons les poings liés. Après, nous verrons les médecins protester dans la rue parce qu'ils n'ont pas le droit de faire ceci ou cela. Cette liberté nous oblige à avoir une très grande responsabilité. C'est pourquoi il est impératif d'informer les jeunes qu'un médecin libéral a la très grande responsabilité de prendre en charge sa propre prévoyance. Cela coûte cher, c'est vrai.

Quand un salarié commence son activité, on ne lui demande pas si c'est cher ou pas ; tous les mois, il voit 25 à 30 % de son salaire prélevés pour frais sociaux. De plus, nous voyons de plus en plus de personnes âgées. L'information que l'on doit faire ardemment, à partir de 55 à 60 ans, c'est sur la garantie dépendance. Nous n'y échappons pas. La dépendance coûte relativement cher, entre 1 000 à 2 000 € par mois et par personne. C'est à l'âge de 55-60 ans qu'il faut faire l'information.

Docteur Gérard MAUDRUX

Président de la CARMF

Une dernière question. Après je demanderai au professeur Roland, de conclure.

Docteur Françoise BELLOIR-FURET

Administrateur suppléant de la CARMF, élue à l'URML des pays de la Loire, suppléante au conseil départemental de l'ordre des médecins de Loire Atlantique, membre de la Fédération des Médecins de France

Je veux répondre à notre ami et confrère psychiatre qui vient de poser la question de la fragilité psychiatrique éventuelle du médecin.

On ne peut pas faire l'impasse -quand on voit l'augmentation des taux de maladies psychiatriques et d'invalidité due à cette cause- sur le réel syndrome post-traumatique des médecins provoqué par le harcèlement que tous les médecins subissent de la part de l'Etat, des CPAM et des patients eux-mêmes.

Les médias mais aussi le récent rapport de la Cour des comptes ou celui de l'IGAS présente le médecin comme BOUC EMISSAIRE et cette situation est pathogène pour les médecins eux-mêmes et pour la société elle-même. Constamment s'il y a des problèmes dans les dépenses d'assurance maladie, c'est de la faute des médecins.

Depuis les années 1990, on dénie complètement le rôle de lien social qu'assurait le médecin quand la démographie était correcte pour les patients.

Tous les cabinets de médecins étaient le lieu privilégié de métabolisation de la violence de la société, que le patient pouvait accumuler dans sa vie professionnelle, sociale et familiale. Actuellement, on dénie au médecin ce rôle. Pire il est mis en accusation, critiqué et généralement proposé comme cible.

Mis en situation de double contrainte, mentalement et socialement, la situation du médecin d'aujourd'hui est intenable, d'où cette énorme incidence des maladies psychiatriques et le triplement du taux de suicide à âge égal, comme le montre les statistiques publiées par la CARMF.

On ne peut taire les responsabilités de ces politiques pathogènes pour les médecins certes mais pour toute la société.

Dire dans le PLAN JOHANNET *« Il faut diminuer les dépenses de santé en diminuant l'offre des soins et le nombre des médecins »* est un acte éminemment VIOLENT, pathogène et générateur de violence !!! Cette politique met la société dans une situation difficile et prépare des catastrophes sanitaires et beaucoup de violence. On le voit ! Il faut le dénoncer !

Je vous remercie. *(Applaudissements).*

CONCLUSION

Intervention du professeur Jacques ROLAND,

Président du Conseil National de l'Ordre des Médecins

Nous avons évoqué un nombre important de problèmes. Tout est en chantier. Il y a des chantiers très difficiles que nous aurons du mal à réussir. Mais si l'on devait pouvoir construire quelque chose à partir de certains éléments, on pourrait dire que, pour nous ici présents, prévoir, c'est informer. C'est apparu partout. Il ne faut pas attendre, il faut apporter l'information aux bons endroits et peut-être avoir une stratégie ensemble sur ce point.

Deuxièmement, ce qui m'apparaît, c'est la diversité de l'offre. L'un de vous a insisté à cet égard en demandant comment faire face à une telle diversité du paysage. De ce point de vue, il est important que les gens sachent où s'adresser, qu'il y ait des documents communs sur lesquels on puisse mettre toute l'information que nous pourrions distribuer.

J'irais volontiers, non pas vers une commission, mais vers un comité permanent de gens qui doivent se retrouver pour mettre au point, ne serait-ce qu'un document commun à chaque endroit à remettre à ceux qui sont en détresse en leur expliquant son contenu avec toutes les adresses, tous les numéros de téléphone.

Ce comité permanent vivra de sa propre vie politique et pourra peut-être élaborer des projets communs. C'est ce que nous pouvons souhaiter ensemble car, au moins, nous avons un bel objectif et une belle ambition tous ensemble.

Merci à tous, merci au docteur Maudrux et à la CARMF d'avoir associé l'Ordre à cette journée qui m'a paru vraiment passionnante. *(Applaudissements).*

La séance est levée à 12 heures.